



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**“Prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con el apoyo social en profesionales de la salud en una institución de salud pública, ubicada en la zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo. Durante el año 2016 - 2017”.**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Soto Cárdenas, Teresa Viviana

DIRECTORA: Tamay Montero, Yonny Cecilia, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO CARCELEN

2017



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

*Septiembre, 2017*

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Magister Yonny Cecilia Tamay Montero

### **DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: “Prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con el apoyo social en profesionales de la salud en una institución de salud pública, ubicada en la zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo. Durante el año 2016 – 2017, realizado por Teresa Viviana Soto Cárdenas, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por tanto, doy por aprobado el mismo.

Loja, agosto de 2017

---

Firma de la directora

## DECLARACION DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Teresa Viviana Soto Cárdenas declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con el apoyo social en profesionales de la salud en una institución de salud pública, ubicada en la zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo. Durante el año 2016 – 2017, de la Titulación de Psicología siendo Yonny Cecilia Tamay Montero director (a) del presente trabajo; 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

.....

Autora: Teresa Viviana Soto Cárdenas

CI: 1002342820

## **DEDICATORIA**

A Dios quien gracias a su fidelidad ha sido mi fuente de inspiración diaria, el que jamás me ha abandonado y me ha dado las fuerzas y motivos para seguir adelante.

Al amor de vida Luis que ha sido el mentor de esta faceta de mi vida, el que siempre me brindó su apoyo incondicional; amor, comprensión, y gracias a su ejemplo de perseverancia me ha enseñado a luchar para cumplir los objetivos trazados en mi vida.

A mis hijos Sisa, Lenin y Emily por todo su amor y cariño, por motivarme cada día a ser mejor madre y un ejemplo para ellos.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer primeramente a la Universidad Técnica Particular de Loja, a todos los docentes que me brindaron sus conocimientos durante este largo proceso para finalizar la carrera, gracias por el apoyo y ayuda brindada, en especial a la Dra. Yonny Cecilia Tamay Montero directora de tesis, Mgs. Rocío Ramírez Zhindón tutora de tesis, por el apoyo brindado, solo me queda reiterar mi más profundo agradecimiento, gracias por todo.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA .....	i
CERTIFICADO .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
1. CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO .....	6
1.1. Conceptualización del burnout .....	7
1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970 .....	7
1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980 .....	7
1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990 .....	9
1.1.4. Definiciones de las décadas de 2000 .....	9
1.1.5. Definiciones de las décadas de 2010 hasta la actualidad.....	10
1.2. Desarrollo y fases del Burnout .....	10
1.3. Consecuencias de Burnout .....	12
1.4. Modelos explicativos de Burnout .....	14
1.4.1. Modelos basados desde la teoría Socio cognitiva .....	14
1.4.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983) .....	14
1.4.1.2. Modelo de Pines (1993) .....	15
1.4.1.3. Modelo de autoeficacia de Chermis (1993) .....	15
1.4.1.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).....	16
1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social .....	16
1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli .....	16
1.4.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy .....	17
1.4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.....	18
1.4.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter .....	18
1.4.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter .....	18
1.4.3.3. Modelo de Winnubst.....	19

1.4.4.	Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	20
1.4.4.1.	Modelo tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson).....	21
1.4.4.2.	Modelo de Edelwich y Brodsky .....	21
1.4.4.3.	Modelo de Price y Murphy .....	22
1.4.5.	Modelo etiológico elaborado desde la Teoría Estructural.....	22
1.4.5.1.	Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997).....	23
1.5.	Prevalencia del síndrome de Burnout .....	23
1.5.1.	Prevalencia del síndrome de Burnout a nivel mundial .....	24
1.5.2.	Prevalencia del síndrome de Burnout a nivel de latinoamérica.....	24
1.5.3.	Prevalencia del síndrome de Burnout a nivel nacional.....	26
1.6.	Variables asociadas al síndrome de Burnout .....	26
1.6.1.	Variables sociodemográficas.....	26
1.6.2.	Variables laborales en las profesiones de salud.....	27
1.6.3.	Variables asociadas a la personalidad .....	27
1.6.4.	Variables moduladoras ante situaciones de estrés.....	28
2.	CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA .....	30
2.1.	Objetivos .....	31
2.1.1.	Objetivo General .....	31
2.1.2.	Objetivos Específicos .....	31
2.2.	Preguntas de investigación .....	32
2.3.	Diseño de investigación .....	32
2.4.	Contexto de la investigación .....	33
2.5.	Población y muestra .....	33
2.6.	Métodos, técnicas e instrumentos de investigación .....	34
2.6.1.	Métodos .....	34
2.6.2.	Instrumentos .....	34
2.6.3.	Procedimiento .....	38
2.6.4.	Recursos .....	39
3.	CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS .....	41
3.1.	Resultados obtenidos .....	42
3.2.	Discusión de los resultados obtenidos .....	50
	Conclusiones.....	56



Recomendaciones.....	58
Bibliografía.....	60
Anexos .....	63

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud .....	42
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud .....	43
Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud .....	44
Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud .....	46
Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud .....	47
Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud .....	47
Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud .....	48
Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud .....	48
Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud .....	49
Tabla 10. Correlaciones entre relaciones sociales y las dimensiones del burnout .....	49

## RESUMEN

La presente investigación evaluó la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el apoyo social en médicos/as y enfermeras en una institución de salud pública, ubicada en la zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, durante el año 2016-2017.

La metodología utilizada fue: método exploratorio, de tipo descriptiva-transversal y correlacional, el diseño de la investigación presentó las características: cuantitativa, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, no experimental, la población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería, la muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 profesionales de la salud.

Los resultados obtenidos de la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud fue de un solo caso en médicos (5% de la muestra), en las enfermeras no se encontraron indicios del síndrome de burnout significativos en ninguna de las sub escalas, esto fue debido a que el apoyo social se encontró en un nivel alto para médicos/as y enfermeras/os.

**PALABRAS CLAVES:** burnout, apoyo social, prevalencia, profesionales de la salud.

## **ABSTRACT**

The present study evaluated the prevalence of burnout syndrome and its relationship with social support in doctors and nurses in a public health institution located in zone 1 north of Otavalo city, in the province of Imbabura, during the year 2016-2017.

The methodology used was: exploratory method, descriptive-transverse and correlational, the research design presented the following characteristics: quantitative, the analyzed information of the instruments applied was numerical, non-experimental, the population that was the object of study was the medical staff and nursing, the sample was of accessibility, non-probabilistic and accidental, the information gathering sample was 40 health professionals.

The results obtained of the prevalence of burnout syndrome in health professionals was only one case in physicians (5% of the sample), in the nurses there were not signs of significant burnout syndrome in anyone of the sub scales, this was because of social support was found at a high level for doctors and nurses.

**KEYWORDS:** burnout, social support, prevalence, health professionals.

## INTRODUCCIÓN

El burnout es un proceso de estímulos o síntomas que la persona sufre cuando ya se ha obtenido mucho desgaste laboral por un largo periodo de trabajo forzoso, ya sea físico o mental; lo cual genera consecuencias perjudiciales en la salud del ser humano, en el sentido que la persona está totalmente cegada por el trabajo, evento diario causante de problemas físicos y emocionales, que conllevan a que la persona viva en una irrealidad llena de fantasías, configurada de episodios de despersonalización, que sobrellevan a un sin número de problemas sociales; por lo tanto la investigación está relacionada a identificar la prevalencia del síndrome burnout en los profesionales de la salud (médicos y enfermeras).

La presente investigación consta de tres capítulos referentes al marco teórico, metodología, análisis de datos, además las conclusiones y recomendaciones.

En el primer capítulo se encuentra el marco teórico, donde abordamos las definiciones del burnout, desde la década de los 70 en el cual Freudenberg afirma que el Burnout es: Una “Sensación de fracaso y existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (Freudenberg, Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes, 1974), para pasar a la década de los 80 donde Jackson entiende que el burnout se configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. (Maslach&Jackson, 1981), en la década de los años 2000 y a lo largo de todos estos años, el agotamiento profesional ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico, que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios con la comunidad así como: (médicos, profesionales de enfermería, maestros, policías, trabajadores sociales, etc.). Esto se da, al trabajar en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones como: (pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc.). (Gil-Monte, Una investigación sobre el estrés laboral, 2003), además de este tema también tratamos sobre las fases y desarrollo, las consecuencias y los modelos explicativos del burnout.

En el segundo capítulo se trató acerca de la metodología utilizada para el desarrollo de la presente investigación, que fue el método exploratorio, de tipo descriptiva-transversal y correlacional, el diseño de la investigación presentó las características: cuantitativa; la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, no experimental, cuyo objetivo general fue: identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y su relación con el apoyo social en médicos/as y enfermeras en una institución de salud pública, ubicada en la

zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, durante el año 2016-2017, además de los objetivos específicos cómo identificar los tres niveles del síndrome de burnout entre otros; la población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería, la muestra recolectora de información fueron de 40 profesionales de la salud (20 médicos/as y 20 enfermeros/as).

En el tercer capítulo se abordó el análisis de datos y en lo que se refiere a los resultados obtenidos observamos las características socio demográficas, las características laborales, la percepción del clima laboral; en lo referente al Inventario del Síndrome de burnout (MBI) la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos/as fue de un 35% y de enfermeras/os de un 5% que obtuvieron un nivel alto; en la dimensión de despersonalización el 15% de médicos/as puntuaron un nivel alto, mientras que en el personal de enfermería tan solo el 5% de los participantes obtuvo nivel alto; el personal médico consiguió un 85% en baja realización personal, mientras que las enfermeras/os obtuvieron un 55% en nivel bajo de la misma dimensión, identificando según los datos obtenidos en la aplicación del MBI que existe un solo caso de burnout en médicos que representa al 5%, mientras que en la muestra del personal de enfermería no se reporta ningún caso, además abordamos en lo referente a la salud en general: las estrategias de afrontamiento, la percepción del apoyo social y los rasgos de la personalidad de los profesionales de la salud.

En el apartado de discusión se compara y contrasta los resultados obtenidos en la presente investigación con los resultados obtenidos en otras investigaciones del mismo tema, para evaluar y calificar las implicaciones de los resultados a fin de dar respuestas a las preguntas de la investigación planteadas en el presente trabajo.

El identificar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud en la presente investigación es de suma importancia para la institución y sociedad en general, ya que al tratarse de un institución pública que brinda el servicio a la sociedad adquiere relevancia con el compromiso de mejorar cada día en cuanto a los servicios brindados ya que la prevalencia de éste síndrome afecta directamente a los objetivos de la institución y de la sociedad, además permite a los directivos de la institución tomar los correctivos necesarios y fortalecer las estrategias para con su personal a fin de que puedan afrontar positivamente las afectaciones que puedan tener en sus actividades diarias.

Acerca del objetivo de identificar la prevalencia del síndrome de burnout en la muestra de los profesionales de la salud, se halló un solo caso de burnout en médicos con un (5% de la muestra), en tanto que en las enfermeras no se hallaron indicios del síndrome de burnout

significativos en ninguna de las sub escalas, esto debido a que el apoyo social se encuentra en un nivel alto y la media predominante para médicos/as es relaciones sociales y en segundo lugar esta para enfermeras/os debido a que el apoyo social es un factor importante para los profesionales de la salud que se sienten completamente apoyados por sus familiares y personas cercanas a su entorno.

Dentro de los inconvenientes encontrados en el desarrollo de la presente investigación se dio especialmente al momento de aplicar los cuestionarios, ya que en los formatos no se mantenía el anonimato de quien llena el mismo, a fin de guardar la confidencialidad y de esta manera evitar que la información esté sesgada, ya que al tratarse de instituciones públicas donde inclusive puede visibilizarse la gestión de los directivos de la institución y pueden pensar que les traerá represalias si ponen aspectos contrarios al adecuado funcionamiento del hospital, con esto dispondremos de información más real y que no esté distorsionada.

**CAPITULO I.**  
**MARCO TEORICO**



## **1.1. Conceptualización del burnout**

### **1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.**

En la década de los setenta el síndrome de burnout comenzó a ser estudiado dadas las circunstancias acaecidas con los trabajadores de la salud, esto se efectuó en un principio con fines de observación en los trabajadores con altas demandas laborales, es por eso que en el año 1974, Herbert Freudenberg, un médico psiquiatra que trabajaba como asistente voluntario en una clínica de toxicología en la ciudad de Nueva York, fue la primera persona que empleo el termino Burnout, para de esta manera, poder describir un grupo de síntomas debido a un agotamiento extremo desarrollados en el personal de salud como consecuencia del arduo y excesivo trabajo realizado por parte del personal hospitalario, ya que estos trabajadores luego de tres años decaían en su trabajo: sentían cansancio, desmotivación, falta de interés en sus actividades laborales y por ultimo llegaron a sentir ansiedad y depresión, como lo afirman los siguientes autores:

Freudenberg afirma que el Burnout es: “Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (Freudenberg, 1974)

Los autores (Pines&Krafy, 1978, pág. 45), lo definen al burnout “como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal”.

Ante lo expuesto se puede advertir que este síndrome se genera en personas económicamente activas que muestran un mayor interés en el área laboral y que han dejado de lado sus intereses personales, generando de esta manera, una actitud obsesiva con relación al trabajo y como consecuencia esta persona con el pasar de los días genera en su sistema cansancio, agotamiento físico y emocional, lo que se conoce como Síndrome de Burnout.

### **1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980**

En los años 80 se define esta terminología de la siguiente manera:

Machlowitz Afirma: “Un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito”, que provoca un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva. (Machlowitz, 1980, pág. 45).

Chermis lo define como “Cambios negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o excesivas demandas” y precisa que es un proceso transaccional de estrés, tensión y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos importantes como el desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos individuales, la respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y por último los cambios en actitudes y conductas (enfrentamiento defensivo). (Chermis, 1980, pág. 45).

Jackson entiende que el burnout se configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. (Maslach&Jackson, 1981, pág. 46)

Fischer consideró el burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva a una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que (Aronson, 1988) lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. (Fischer, 1983, pág. 02)

Con este precedente, se entiende que el Burnout genera consecuencias perjudiciales en la salud del ser humano, en el sentido que la persona está totalmente cegada por el trabajo, evento diario causante de problemas físicos y emocionales, que conllevan a que la persona viva en una irrealidad llena de fantasías configurada de episodios de despersonalización que sobrellevan a un sin número de problemas sociales.

Por lo tanto, se puede establecer que el Burnout es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, que se genera en una persona producto del involucramiento crónico en el trabajo o en situaciones emocionalmente demandantes, como lo es el trabajo o actividades que generan rubros económicos a la persona.

Este término continua su avance en el tiempo haciendo referencia a la sintomatología a la que se expone un individuo ante la demasiada carga laboral o el amor obsesivo al trabajo, factor detonante del cansancio laboral y cambios emocionales que afectan la salud de las personas con situaciones estresantes.

### **1.1.3. Definiciones de la década de 1990**

En la década de los años noventa, puesto que no hay una definición acertada, unánime y aceptada acerca el síndrome, sí existe un consenso que considera que este síndrome aparece en la persona o trabajador como una respuesta al estrés laboral crónico.

Existen varias formas y parámetros así como síntomas acerca de este síndrome el cual está causando deterioro cognitivo y somático en las personas económicamente activas, presentando diferentes síntomas tales como: físicos, psicológicos, sociales, etc. A pesar de haber hoy en día tratamiento a este síndrome, los trabajadores aún siguen sin poner énfasis en lo que les está ocurriendo con sus vidas en todo ámbito.

En la década de los años 90 encontramos definiciones como las de (Klarreist, 1990), y afirma que el desarrollo del burnout es un proceso de deterioro progresivo emocional que se determina por 4 fases que son: En la primera fase el individuo se encuentra preparado psicológica y físicamente para triunfar, a esto le suma grandes expectativas e ilusiones. La segunda fase esta denominada como desilusión, ya que esta inducida por la insatisfacción de grandes demandas y expectativas, a pesar de que este individuo está desesperado por conseguir el éxito, aparece la desilusión, irritación e inseguridad y a pesar de haber perdido las esperanzas sigue teniendo en mente su trabajo. La tercera fase es la frustración que tiene como característica la irritabilidad y la falta de moderación es así de esta manera que el individuo pierde el entusiasmo que tenia y hace culpable a los demás por su falta de éxito y muestra su dureza y cinismo, cae en irresponsabilidad y pierde confianza en su propia capacidad. La cuarta y última fase se debe a que el individuo en su desesperación siente que todo está perdido, tiene sentimientos de fracaso, apatía, desgracia, soledad y aislamiento. De esta manera podemos decir que experimenta un cuadro de depresión.

### **1.1.4. Definiciones de la década del 2000**

A lo largo de los años, el agotamiento profesional ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico, que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios con la comunidad así como: (médicos, profesionales de enfermería, maestros, policías, trabajadores sociales, etc.). Esto se da al trabajar en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones como: (pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc.). (Gil-Monte, Una investigación sobre el estrés laboral , 2003).

El síndrome burnout se presenta con actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con quienes trabajan y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse

emocionalmente agotado. (Gil-Monte, Una investigación sobre el estrés laboral y el síndrome de estar quemado, 2004).

#### **1.1.5. Definiciones de la década del 2010 hasta la actualidad.**

En esta última década (Alvarez, 2011) nos dice; que el síndrome de burnout es un desgaste profesional u ocupacional, que se origina como una respuesta a presiones continuas laborales, y como consecuencia el individuo presenta factores estresores interpersonales y emocionales que son relacionados con su desempeño laboral.

(Carillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros , 2012) Tienen como concepto al burnout como una sensación de desilusión o agotamiento por causa de estresores laborales, personales o emocionales; que inicia como con una carga emocional llevando al agotamiento de la persona, el cual empieza a demostrar conductas de alejamiento con sus alrededor y nace la duda de su profesionalismo; De esta manera se concluye que es un síndrome multidimensional, ya que está acompañado de síntomas físicos y emocionales.

“Se considera al estrés laboral como una interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo y al Síndrome Burnout, como resultante del estrés crónico caracterizado por agotamiento, despersonalización y baja realización personal” (Valdiviezo & López, 2017, p.30).

#### **1.2. Desarrollo y fases del Burnout**

El burnout es un proceso de los estímulos o síntomas que la persona sufre cuando ya se ha obtenido mucho desgaste laboral por un largo periodo de trabajo forzoso ya sea físico o mental vemos que cada persona se puede diferenciar en los síntomas ya que la evolución en las personas es diferente y tiene su propio ritmo de desarrollar los síntomas.

Autores como Edelwich y Brodsky, se han dedicado a estudiar este síndrome y han detectado 4 fases por las cuales pasan las personas que sufren de burnout que son: el entusiasmo ante una nueva oportunidad de trabajo siempre y cuando esté acompañado de grandes expectativas; En segundo lugar está el estancamiento como una consecuencia del incumplimiento de las mismas expectativas, la tercera es la etapa de frustración y por último encontramos la etapa de apatía como de simplificación laboral, y conductas de evitación causadas por una reacción ante la frustración por el incumplimiento de las expectativas generadas por la persona.

El burnout comienza su etapa en la persona estresada que vive cambios dramáticos o estresores sociales por lo cual desarrolla una pérdida de compromiso hacia el trabajo.

El Autor Chermis describe este proceso en cuatro fases o estadios que hacen a la persona cautiva de este síndrome que son: que la fase de estrés conlleva demasiada demanda laboral ya sea en trabajo y tiempo demandado en el lugar de los hechos, luego encontramos la fase de agotamiento en la que el individuo ya comienza a sentir los primeros síntomas del síndrome que pueden desarrollar preocupación, agotamiento, ansiedad, fatiga y tensión y por último, tenemos la fase de afrontamiento donde ya podemos visualizar los cambios en la conducta y en la actitud del empleado teniendo por características un trato frío y apagado hacia los demás.

En el modelo de (Farber, 1991). se pueden describir seis estadios que ocurren en el todo el trascurso de desarrollo del síndrome de burnout que son:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
6. Agotamiento y descuido.

Podríamos decir que los estadios del modelo de Farber nos ilustra, que en primera instancia podemos observar al sujeto cuando acude a un nuevo lugar de trabajo, lleno de expectativas ofrecidas en ese momento, seguidamente de un episodio de respuesta de ira - frustración hacia las personas o circunstancias estresores que no permiten cumplir sus expectativas, a lo que se adiciona el sentimiento de negación ante la ausencia del valor agregado al esfuerzo brindado en el lugar de trabajo. Es en este punto, que viene el abandono del compromiso en lo que tiene que ver con el trabajo, en donde aparecen los síntomas físicos, cognitivos y emocionales alterados en el individuo hasta llegar a un agotamiento y descuido total.

El modelo procesual de Leiter tiene sus comienzos en base a un modelo secuencial que lo realizó con (Maslach, 1998), en el cual se planteó el descubrimiento de un proceso que parte de un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos de cada persona, siendo a través de estos factores el inicio de un cansancio emocional de la persona para luego de esto, experimentar una estrategia de afrontamiento como la despersonalización que implica actitudes y sentimientos negativos, manifestados con irritabilidad y respuestas impersonales, que nos llevan a un deterioro personal, guiando a una baja realización personal e ineficacia de poder afrontar los múltiples estresores laborales.

Otros modelos de carácter integrador a destacar son los de Gil-Monte y cols. (1995) y Manzano (1998). El primero postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el auto-concepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales.

A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols. Apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización".

Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral. Ante la cronicidad de estas dos dimensiones, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización.

En este apartado hemos visto cómo se va desarrollando el síndrome de Burnout sus etapas y síntomas, cabe recalcar que empieza con un estresante diario que es el trabajo en exceso, seguida de una etapa de síntomas físicos, somáticos y organizacionales que nacen en una despersonalización, falta de realización personal y un agotamiento emocional - físico como consecuencias.

### **1.3. Consecuencias de Burnout**

El síndrome de burnout es un proceso secundario ante una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear y lo integran tres componentes como características generales que son:

- a. Agotamiento emocional que principalmente es la primera característica visible ya que encontramos una pérdida progresiva de energía y vitalidad acompañado de un desequilibrio en el trabajo y el cansancio que a diario experimenta como agente estresor.
- b. Despersonalización este es una manera de responder a los sentimientos negativos de impotencia, abandono y desesperanza.
- c. Baja realización personal, la persona tiende a evaluarse negativamente en el trabajo acompañado de una insatisfacción en el rol que desempeña.

Los síntomas que pueden observarse de manera subjetiva son los siguientes:

1. Psiquiátricos. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo).
2. Somáticos. Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio entre otros.
3. Organizacionales. - Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

En la actividad profesional puede tener las siguientes conductas:

- Ausencia de compromiso emocional: La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
- Disociación instrumental extrema: Se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
- Embotamiento y negación: La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales, oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hiper-críticas y carencia de registro de autocrítica.
- Impulsividad: La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.

- **Desmotivación:** Se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

En algunos estudios realizados a personal de salud señalan que los efectos negativos de agotamiento, no solo suelen aparecer en personas afectadas sino en personas con las cuales se convive por un largo periodo, se ha demostrado que los médicos con altos niveles de burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes, en comparación a los médicos que no se encuentran desgastados.

#### **1.4. Modelos explicativos de Burnout**

Existen varios modelos que nos explican acerca del síndrome de Burnout sus causas y sus consecuencias en este sentido hemos encontrado varios modelos adaptativos a los síntomas de este síndrome, algunos autores se basan en la autoeficacia, autocontrol y la autoconfianza. Estos factores predominantes en los síntomas, son altamente parecidos, alineados a un agotamiento físico y emocional, ante la presencia de varios factores estresantes que afectan la estabilidad de la persona, de tal manera que dependiendo de las consecuencias y respuestas de cada persona pueden volverse en un estado crónico, es por eso que cada modelo tiene su propia perspectiva psicológica.

Estos modelos basados en la teoría psicosocial hablan de individuos, quemados o cansados ante el sistema laboral, juntamente con la parte social en su entorno que conlleva una idea de fracaso profesional vivido con las personas de su ambiente-laboral.

El modelo psicosocial dirigido hacia el síndrome de Burnout se clasifican en dos grupos en los que podemos encontrar: El modelo de Competencia Social de Harrison, Pines y Chermis (1983-1993), para quienes la autoeficacia es la variable más relevante del desarrollo del Síndrome de Burnout y por otro lado encontramos al modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993) en cambio para quienes el factor determinante es la autoconfianza profesional y la influencia sobre esta acerca de la realización personal del trabajo.

##### **1.4.1. Modelos basados desde la teoría Socio cognitiva.**

###### **1.4.1.1. *Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).***



Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc.

Este autor menciona que la gran mayoría de trabajadores tendrán dos aspectos diferenciados: de motivación y desmotivación, es de esta manera que cuando una persona comienzan a laborar, sus sentimientos iniciales corresponde a un alto grado de motivación y de colaboración a los demás participantes de su ambiente laboral, pero conforme avanza el tiempo habrán varios factores que bloquearan los intereses, metas y objetivos de la personas, generando frustraciones y desmotivo en el área laboral y personal. En el primer caso que haya factores positivos con una alta motivación, los resultados se reflejaran como exitosos, ya que en esta etapa aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social, mientras en el otro extremo cuando se manifiestan factores de barrera, estos serán los que dificulten el logro de metas en el contexto laboral, de manera que el sentimiento de autoeficacia disminuirá, y en consecuencia si las condiciones llevan ese curso, con el tiempo aparecerá el síndrome de burnout.

#### **1.4.1.2. Modelo de Pines (1993).**

Pines explica al síndrome de Burnout como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El síndrome de burnout sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente. Por esta razón, Pines indica, que cuando el sujeto tiene una alta expectativa laborar en el sentido motivacional, es este el que presenta dicho síntoma de modo que si el sujeto no tiene ese sentido existencial en el trabajo no llegara a tener dicho síndrome; así pues, si el individuo no tiene este apego o una alta motivación de trabajar humanitariamente y por consecuencia tiene niveles altos de estrés, depresión e incluso fatiga pues este individuo no llegara a desarrollar el síndrome de burnout.

#### **1.4.1.3. Modelo de autoeficacia de Chermis (1993).**

Chermis, habla acerca de cuando la persona es independiente y a la vez exitosa y esta se intensifica en su auto eficacia por lo que experimentan menos situaciones de estrés en momentos complicados por consiguiente, estos individuos acarrearán menos probabilidad de desarrollar el síndrome de burnout ya que están convencidos de que pueden afrontarlas de

manera exitosa; así pues, el no seguimiento de estas metas conllevan al fracaso psicológico, y a su vez a una reducción de la autoeficacia percibida y por consecuencia a desarrollar el síndrome de burnout.

#### **1.4.1.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).**

En el modelo de Thompson resaltan cuatro factores adjuntos en la aparición del Burnout, y dan cuenta que la autoconfianza en el sujeto atribuye un papel importante en este proceso y los factores son:

- 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- 2) El nivel de autoconciencia.
- 3) Las expectativas de éxito personal.
- 4) Los sentimientos de autoconfianza.

Para estos autores, los consecutivos fracasos de metas en el trabajo apegado a los altos niveles de autoconciencia, las inconformidades percibidas o adelantadas entre las demandas y recursos, conllevan a utilizar una estrategia llamada de afrontamiento, en el cual se alejan conductual y mentalmente ante una situación amenazadora, de modo que tienen como objetivo principal reducir el peligro percibido por el individuo.

#### **1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.**

Estos modelos se basan en la teoría del intercambio social y añade que su origen se da frente a la falta de igualdad que desarrollan las personas ante un resultado del proceso de comparación social, mientras se establecen relaciones interpersonales.

##### **1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.**

En el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli; explican la etiología del síndrome de burnout en profesionales de la salud, y acuerdan, que dentro de este ámbito dicha etiología se encuentra por partida doble, ya que por un costado encontramos a los procesos de intercambio social con los pacientes, y se pueden encontrar tres variables importantes para el desarrollo del síndrome de burnout que son: La percepción de equidad, que se trata de un desequilibrio entre dar y recibir en el camino de sus relaciones. La falta de control que tiene como precedente la ausencia del mismo en sus resultados laborales, y la incertidumbre que nos indica la inseguridad en lo que el individuo piensa o siente; Por el otro costado están los procesos de filiación y comparación social con los compañeros.

El trabajo de enfermería está acompañada de una gran incertidumbre, puesto que en la relación con el paciente deben lidiar con sus enfermedades, sus problemas, sus sentimientos ante la enfermedad, y si ellos están trabajando con exactitud en sus labores, se sienten frustrados ante las alteraciones de los pacientes que se ponen ansiosos y preocupados, razón por la cual la interacción no resulta gratificante; por consiguiente, estos trabajadores de la salud no acuden a pedir ayuda social en situaciones estresantes, de modo que por el contrario se aíslan, evitan relacionarse con compañeros de trabajo, y se rehúsan a recibir apoyo por temor a ser criticados o tildados como ineficaces.

En el modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy concuerdan que el estrés aparece cuando la persona o los individuos sienten que aquello que les motiva se encuentra amenazado o en peligro.

#### **1.4.2.2. *Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.***

Este modelo de conservación de recursos es muy importante, ya que los trabajadores le temen mucho a una pérdida de recursos, y es de esta manera, que los estresores laborales amenazan con los mismos, es así que se va desarrollando la inseguridad sobre sus habilidades para poder culminar con su éxito profesional, para ellos es de suma importancia las relaciones que conllevan con los compañeros de trabajo, ya sean supervisores, jefes y toda persona que se encuentre relacionada al área laboral; Porque están entrelazados como fuente de estrés en las percepciones de pérdida o ganancia. Este tipo de estrategia acerca del afrontamiento que puede expresar el trabajador, influirá notablemente en el síndrome de burnout, ya que este modelo esta naturalizado en una teoría de corte motivacional; es así que los autores dan a conocer que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo se verá disminuido.

Freddy afirma: Que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Y dice; que para poder prevenir los síntomas hay que poner énfasis en la consecución de recursos que opten por un desempeño eficaz en el trabajo, el mismo que debe ser en menor medida y así poder cambiar las percepciones y cogniciones de los empleados. Si los trabajadores consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los que ya posee, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva. Consecuentemente, disminuirán los niveles de estrés percibido y el síndrome de burnout. (Fredy, 1993, pág. 265)

### **1.4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.**

#### **1.4.3.1. *Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.***

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), el síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera.

El estrés laboral, en relación al síndrome de burnout, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, sentimientos de irritabilidad y fatiga.

En un segundo nivel del proceso de estrés laboral el trabajador llega a desarrollar estrategias de afrontamiento que obligatoriamente pasan por un alejamiento del profesional ante la situación laboral estresante, este alejamiento puede tener un carácter constructivo que significa que el profesional no se une al problema del usuario, aunque le atiende con empatía o puede ser por otro extremo que un carácter contra productivo (cuando este llega a tener un distanciamiento y acarrea una indiferencia emocional, cinismo, dureza en el trato o simplemente puede ignorar a la persona). En este segundo nivel nos habla de un distanciamiento contra productivo como actitudes de despersonalización.

En un principio, el trabajador busca resolver las situaciones de forma constructiva, pero ante la persistencia de las condiciones de sobrecarga laboral no lo logra y lo llevan a tratar a los demás como objetos. Este resultado es la consecuencia de la evolución de actitudes de despersonalización que están ligadas a una primera fase del síndrome de burnout. Luego de esta fase el trabajador desarrollara una experiencia de baja realización personal en su trabajo y más tarde vivirá un agotamiento emocional. A medida que el trabajador vaya desarrollando todas estas fases avanzadas dentro del síndrome de burnout y llegue a su éxtasis habrá ya disminuido su satisfacción y realización laboral, seguidamente vendrá la pérdida de productividad, acompañado de tensión psicológica y problemas psicosomáticos.

#### **1.4.3.2. *Modelo de Cox, Kuk y Leiter.***

El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) aborda el síndrome de burnout desde la perspectiva transaccional del estrés laboral, que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanitarios.

Para estos autores como Cox, Kuk y Leiter el burnout es una respuesta al estrés laboral, que nace en el momento que todas las estrategias de afrontamiento no resultan eficaces para sostener y superar el estrés laboral y sus consecuencias, también nos hablan de un modelo transaccional que adjuntan variables de “sentirse quemado o gastado” como respuesta a esto sufren de: (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional), es así que al sentirse presionado por la otra parte y tenso a causa del trabajo tienden a sentir (tensión, ansiedad y sentimientos de amenaza). Todos estos factores se encuentran en relación directa con los procesos de evaluación de estresores, con la respuesta emocional y las respuestas de afrontamiento sobre la situación, y el trabajador hace que determine que ya posee el síndrome de burnout.

Como consecuencia, los mismos autores señalan que la experiencia vivida acerca del agotamiento emocional es la dimensión central del síndrome de burnout y la de sentirse quemado o gastado, que relaciona variables emocionales y de bienestar. Ante esto la despersonalización es catalogada como una estrategia de afrontamiento, que nace frente a los síntomas que conllevan a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras tanto que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo, son el resultado del individuo ante una evaluación cognitiva sobre su acontecimiento de estrés.

Toda esta estructura ha sido hallada como un antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la fuerza ante la respuesta desarrollada bajo los trabajadores en situaciones de estrés, igualmente la realización personal en el lugar de trabajo podría tener una acción moduladora en las respuestas a los sentimientos de agotamiento emocional que actúan sobre las actitudes de despersonalización.

#### **1.4.3.3. Modelo de Winnubst.**

Winnubst considera que: “El síndrome de burnout afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de las organizaciones de servicios de ayuda”. (Winnubst, 1993)

Este autor nos habla, de que los trabajadores de la salud no son los únicos afectados con el síndrome de burnout, sino que afecta a todos los profesionales de cualquier otra rama, ya que son vulnerables a los acontecimientos estresores. Este modelo está centrado en la relación de la estructura organizacional y el apoyo social como variables antecedentes del síndrome de burnout, el autor nos indica que los varios tipos de estructura dan como lugar a culturas organizacionales diferentes, donde los acontecimientos se dan de distintas maneras, dependiendo de la circunstancia donde se encuentre relacionado el trabajador. Es así que Winnubst elabora varios modelos estructurales.

### **Winnubst elabora su modelo sobre cuatro supuestos:**

1. Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
2. Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
3. Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
4. Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de burnout. (Winnubst, 1993)

El apoyo social es un pilar fundamental para influir sobre las disfunciones que tiene cualquier estructura organizacional, por lo que es una variable central en la influencia sobre el síndrome de burnout, es así que dependerá del sector estresor para de esta manera poder buscar una posible solución ante las situaciones, ya que toda ayuda se basa en los sistemas de apoyo.

Ante lo expuesto por Winnubst, se puede determinar que el apoyo social es una de las variables fundamentales e influyentes en el origen del síndrome de burnout, en razón de que uno de los aspectos principales en la estabilidad emocional de la persona corresponde al medio en el que se desenvuelve, el mismo que debe estar en óptimas condiciones para evitar agentes estresores y disminuir la probabilidad de aparición de este síndrome.

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

Hoy en día existen gran variedad de modelos que nos describen la evolución o el desarrollo del síndrome de burnout en contextos laborales, los cuales son una cadena o un proceso que deriva de la interacción entre el entorno laboral y el personal, y nos dice que el síndrome es una etapa que tiene como características conductas y sentimientos asociados al estrés.

Encontramos varios modelos como el modelo tridimensional del MBI-HSS, el modelo de Edelwich y Brodsky, el modelo de Price y Murphy y el modelo de Gil-Monte los cuales detallamos seguidamente:

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

Es conocido como modelo tridimensional y consiste en varias etapas en el desarrollo de la investigación acerca del síndrome de burnout ya que poseen características, objetivos y metodologías propias.

La primera etapa de la investigación es de tipo clínico, que tiene su base en un estudio a profundidad el cual ayudo a describir el síndrome como una experiencia del personal médico que tenían como objetivo primordial brindar servicios a las personas más necesitadas y de las personas involucradas en este ámbito de salud laboral es así que comenzaron a desarrollar actitudes frías, distantes, desinteresadas y apáticas hacia sus pacientes. (Maslach, El síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y estado actual de la cuestión, 1976). Identificaban en estos profesionales estados de agotamiento emocional y despersonalización y definió el síndrome como un estado de estrés crónico producido por el contacto de los profesionales de la salud con los clientes, y que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional de las personas y su trabajo, acompañado con dudas acerca la capacidad para realizarlo.

En el año 1978, se hizo una extensión de estudio a otras profesiones acerca del síndrome de burnout, en el cual se insertó otro aspecto importante que es la falta de realización personal, hoy en día estas dimensiones como agotamiento, cinismo y falta de realización personal, siguen siendo la definición del síndrome de burnout y se han elaborado e incluido algunos instrumentos con los cuales pueden ser evaluados como por ejemplo; El MBI-Human Services (MBI-HSS) de Maslach y Jackson (1981).

#### **1.4.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.**

Este modelo hace una diferencia con los anteriores ya que lo considera al burnout como un proceso de desilusión o de desencantamiento hacia la actividad laboral que tiene una naturaleza cíclica de consecuencia que se pueden repetir en diferentes momentos en la vida laboral del sujeto, o en diferentes lugares de trabajo. Este modelo propone cuatro fases primordiales que son: a) entusiasmo; b) estancamiento; c) frustración y d) apatía.

La primera fase es el entusiasmo ante un nuevo trabajo que es acompañado de altas y mejores expectativas, en la segunda fase aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas que el profesional no pudo realizarlas, la tercera fase es la frustración como profesional, la cuarta y última fase es la apatía que implica sentimientos de distanciamiento y des implicación laboral y a su vez padece de conductas de evitación e

inhibición de la actividad laboral, esto nos da como consecuencia una falta de recursos personales del profesional .

Según estos autores, el burnout nace cuando la expectativa de la persona que deseaba concretar sus ideales se ve afectada o frustrada, ya que estas personas cuando ayudan a los demás lo hacen con la intención de sentirse importantes y confirmar su sentido de poder ante las demás personas necesitadas, para esto el entusiasmo al inicio es muy grande pero si a esto se le añade la baja remuneración salarial además, de no tener apoyo ni refuerzo en la institución o empresa, sumado al uso inadecuado de recursos.

#### **1.4.4.3. Modelo de Price y Murphy.**

Este modelo está basado en una naturaleza adaptativa del síndrome ante el estrés laboral. Es un proceso que se compara a un duelo, porque conlleva a una fase personal la pérdida de la ilusión, a una fase interpersonal que es la pérdida de los beneficios y por último a una fase a nivel social la pérdida de un trabajador responsable. Desde estas perspectivas se desarrollan varias fases o niveles sintomáticos que son: desorientación, labilidad emocional, culpa a causa del fracaso laboral o profesional, soledad y tristeza.

Todos estos factores podrían desatar la necesidad de implementar estrategias de solución, atravesando por una necesidad de ayuda con el fin de concretar un equilibrio.

Es de esta manera que se puede determinar que estos tres modelos se orientan a la falta de interés en el trabajo por parte de la persona, perdiendo de esta manera un trabajador ante la presencia de varios agentes estresores y barreras limitantes a la ejecución de los objetivos o expectativas de cada persona.

Por otra parte se puede consumir que las actividades rutinarias, el ambiente laboral hostil, falta de compromiso, ausencia de factores motivantes, genera pérdidas de interés del individuo hacia el trabajo, incremento de estrés, desmotivación, desorientación, lo que genera un desequilibrio en la personalidad de la persona, generando de esta manera la inadecuada respuesta a los factores estresantes.

#### **1.4.5. Modelo etiológico elaborado desde la Teoría Estructural.**

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales, para explicar la etiología del síndrome de burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas de la propia persona y la capacidad de respuesta del sujeto.



#### **1.4.5.1. Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997).**

Este modelo se basa en dos aspectos importantes; El primero aparece como un deterioro cognitivo ante la pérdida de la ilusión por el trabajo, luego llega un desencanto profesional o la baja realización personal en el ámbito laboral, y de esta manera lleva a un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico, con características como actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia toda la organización, dando como resultado visible comportamientos indiferentes, fríos, distantes y lesivos, todos estos síntomas y consecuencias están caracterizados como una primera fase. En la segunda fase, se unen todos los síntomas anteriores, mas, el sentimiento de culpa y es de esta manera como se fundamenta la segunda fase. Si bien en cierto pueden existir diversas formas evolutivas dependiendo del contexto, la situación o la idiosincrasia del sujeto.

Con este antecedente se puede determinar que estos modelos buscan la solución del problema desde antecedentes personales de la persona, que corresponde a la falta de equilibrio e inadecuada respuesta a los agentes estresores, lo que genera la perdida de interés en el trabajo, coadyuvando a la baja realización personal y con ello la desmotivación, agotamiento físico y mental, generando de esta manera conductas negativas e inapropiadas que afectan a los demás trabajadores ante la generación del ambiente laboral hostil.

#### **1.5. Prevalencia del síndrome de burnout.**

Todo trabajo sea cual fuera su función, llega a tener un grado de estrés alto acompañado de factores que conllevan a síntomas que nos hacen predecir que el individuo está padeciendo síndrome de burnout por altas demandas laborales, desgastando así al individuo rápidamente por consecuencias de altos horarios de trabajo, incluyendo las guardias a las que se someten los profesionales de la salud, otro factor importante es el que tienen contacto con enfermos en etapas terminales y la impotencia de no poder ayudarles es un gran factor desencadenante de estrés, alto porcentaje de pacientes; Este trabajo de los médicos y enfermeras que requiere de una alta demanda de cuidado y apoyo es el detonante para un cuadro de estrés y por ende para desarrollar el síndrome de burnout.

Según los variados modelos explicativos del síndrome de burnout se han realizado algunos cuestionarios para evaluar este constructo siendo el más utilizado el “Maslach Burnout Inventory” (MBI).

(Cárdenas, 2013) en su estudio del síndrome de burnout en profesionales de salud en áreas críticas del Hospital del less de la ciudad de Ambato, se determino que:

- En relación con la profesión, el síndrome de burnout prevalece con una mayoría de casos en profesionales de enfermería que en médicos.
- Los hombres son los que más alto puntúan en cuanto al cansancio emocional en cuanto a los dos sexos estudiados.
- Los hombres obtienen mayores puntuaciones en falta de realización personal.
- La prevalencia disminuye con relación a mayor edad.
- En lo referente al estado civil son más propensos las personas solteras, divorciadas o viudas que los casados o unión de hecho.
- En cuanto a la falta de realización personal existe un alto nivel en las enfermeras que en los médicos.
- En lo que concierne al lugar de trabajo, el cual a dado como resultado que en el área de Emergencia existe un mayor desgaste y con diferencia que en la Unidad de Cuidados intensivos existe menor desgaste.

En este estudio se encuentra una asociación significativa con el síndrome de burnout en emergencia, ya que existen varios factores influyentes en la aparición de desgaste profesional y es importante que exista una motivación intrínseca en este personal para que haya un compromiso subjetivo que rebase las deficiencias que pudieran darse en cuanto a motivación extrínseca, entre salarios y otras remuneraciones.

#### **1.5.1. Prevalencia a nivel mundial.**

Un estudio a nivel mundial en el cual nos podemos dar cuenta que existe una alta prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de la salud, fue realizado en Iberoamérica con 11.530 profesionales de la salud que reflejaron prevalencias medias altas en países como España 14.9%, Uruguay 7.9%, México 4.2%, Perú 4.3%, Colombia 5.9%, Guatemala 4.5%, y El Salvador 2.5%, en el caso de Ecuador se presentó una prevalencia de menor a 4% con respecto a los países antes mencionados que son afectados con el síndrome de burnout con un mayor índice en enfermeras que en médicos. (Herrera, 2017)

#### **1.5.2. Prevalencia a nivel de Latinoamérica.**

##### **Chile.**

Un estudio realizado en Chile por Aldrete, Navarro, Gonzáles, Contreras y Pérez (2015), con una muestra de 163 profesionales de enfermería y la prevalencia para síndrome de burnout, teniendo como resultado un 33.3% de alto agotamiento emocional, mientras que el 17.9% manifestó un alto grado de despersonalización y un 50.8 obtuvo baja realización personal.

Otro estudio realizado a 82 profesionales de la salud dando como resultado que el 18.3% con altos niveles de agotamiento emocional, 15.9% altos niveles de despersonalización y un 32.2% bajos niveles realización personal. Coloma y Chailán (2013).

### **Perú.**

Otra investigación realizada en Perú, con una muestra de 54 profesionales entre médicos y enfermeras y la prevalencia para síndrome de burnout fue de 3.76%, el 12.97% presentó altos niveles de cansancio emocional, un 11.12% presentó altos niveles de despersonalización, mientras que un 14.81% presentaron niveles bajos de realización personal Vásquez, Maruy y Verne (2014).

Otra investigación hecha por Tello (2010), con una muestra de 48 profesionales de enfermería que laboran en servicios críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y los resultados obtenidos son: 12.5% agotamiento emocional, 12,5% despersonalización, 12,5% baja realización personal, 29.2% baja realización personal.

### **Brasil.**

En el sur de Brasil Larrosa Freire, Pulchasqui Trentin y De Ávila Quevedo (2016) realizaron una investigación con una muestra de 198 anestesiólogos con el propósito de evaluar la prevalencia del síndrome y sus resultados fueron: 48.7% presentaron síndrome de burnout, 41.3% despersonalización, 26.9% agotamiento emocional alto y un 32.7% una baja realización personal.

Se realizo otro estudio con una muestra de 45 enfermeras de la Estrategia de la Salud de la Familia (ESF) de Salud del Distrito III, obteniendo los siguientes resultados: 11.1% con síndrome de burnout, 11.1% despersonalización, 11.1% baja realización personal, 53.3 agotamiento emocional, (Holmes, Do Santos, Farías y Costa, 2014, p. 1388).

### **México.**

Una investigación realizada en México con una muestra de 119 médicos, dando como resultado los siguientes datos: 51.3% agotamiento emocional, 18,5 despersonalización, 35.3% baja realización personal, Beltrán, Montero, Moreno y Flores (2011).

Otro estudio en México, realizado a 223 profesionales de enfermería obteniendo como resultados con un 3.3% agotamiento emocional, 25% despersonalización, 76.7 realización personal, Machado, Ramos, García y del Rocío Guerrero (2010).

### **Colombia**

Se realizó un estudio con 44 enfermeras dando como resultado 48% agotamiento emocional, 50% despersonalización, 55% baja realización personal, Mejía Valencia y García Naranjo (2016).

Otro estudio hecho en el mismo país con una muestra de 56 médicos, dando como resultado 94.6% agotamiento emocional, 53.6% despersonalización, y realización personal.

### **1.5.3. Prevalencia a nivel nacional**

En lo que respecta al Ecuador (Ramírez, 2010, pág. 4) en su estudio realizado en 24 provincias del país a 2.404 profesionales de la salud, dio como resultado una prevalencia de 36.4% con síndrome de burnout a nivel nacional. Con respecto a las dimensiones de agotamiento emocional 17.6%, despersonalización 13.6%, y por último en baja realización personal 18.2%.

El análisis de los datos encontrados con respecto al síndrome de burnout, nos dan una pauta para trabajar con respecto a este tema relacionado con los médicos y enfermeras a nivel nacional y a tratar de revertir este porcentaje o a su vez frenar el aumento considerativo de causas que hacen que se relacione el trabajo con el síndrome de burnout.

## **1.6. Variables Asociadas al síndrome de burnout**

Existe una serie de factores que predeterminan y se asocian al síndrome de burnout. Estos factores incluyen variables sociodemográficas, laborales y de personalidad.

### **1.6.1. Variables Sociodemográficas**

- Género
- Edad
- Etnia
- Estado civil
- Número de hijos
- Ciudad en la que trabaja
- Remuneración salarial
- Afrontamiento
- Apoyo social

Estas variables Sociodemográficas se relacionan con el estudio del síndrome de burnout, dichas variables pueden variar dependiendo del lugar que se aplique el estudio, según el contexto social y cultural y de la perspectiva que se esté buscando en el estudio.

- Sexo.- Un estudio de (Atance, 1997; Freudenberg y North, 1985; Greenglass, Pantony y Burke, 1998) citado por (Ramirez, 2010) detectaron que el síndrome de burnout es más frecuente en mujeres; mientras que en otros fueron los hombres quienes tiene un alto nivel de estrés.
- Edad.- En algunos estudios realizados por (Grau, et al., 2009; Lin, John y Mc Veigh, 2009, Iglesias, de Bengoa Vallejo y Fuentes 2010) y citado por (Ramirez, 2010) encontraron que a mayor edad, menor es el nivel de burnout.
- Estado civil.- Las investigaciones realizadas indican que los profesionales casados o en unión de hecho presentan menores niveles de burnout que sus pares solteros, viudos o divorciados (Cárdenas, 2013, pág. 48).

### **1.6.2. Variables laborales en las profesiones de la salud**

Existen variables laborales que se encuentran asociadas al síndrome de burnout, entre los mayores factores de riesgo se encuentra:

- Profesión
- Años de experiencia
- Sector en el que trabaja
- Tipo de contrato
- Horas laborales
- Turnos
- Número de pacientes
- Recursos

La demanda y el estrés laboral son los factores más estudiados y se dividen en 2 tipos que son:

- Cualitativo: tipo y contenido de trabajo, profesión, experiencia laboral, tipo de contrato, horas de trabajo, turnos.
- Cuantitativo: carga laboral.

La sobrecarga de trabajo tiende a ser desfavorable a diferencia de los niveles de trabajo moderados, ya que los niveles altos disminuyen el rendimiento cognitivo y de esta manera aumenta el malestar afectivo (Apolo, 2017).

### **1.6.3. Variables Asociadas a la personalidad**

Las variables asociadas a la personalidad se encuentran correlacionas entre sí.

- Estrategias de afrontamiento
- agotamiento emocional

- Despersonalización
- Falta de realización personal
- Apoyo social
- Neuroticismo
- Extroversión
- psicoticismo

Las estrategias de afrontamiento de control previenen del síndrome de burnout, ya que estos aumentan los sentimientos de realización personal en el lugar de trabajo, mientras que las de escape aumentan la probabilidad de la aparición del síndrome de burnout, Leiter (1990,1991) citado por (Ramirez, 2010).

El Apoyo social es el que actúa como un factor protector ante el estrés, mientras que la falta de apoyo es una fuente positiva para el estrés y se relaciona para adquirir síndrome de burnout, ante esto el apoyo social de los compañeros es un predictor significativo del componente emocional y actitudinal, (Gil-Monte, 2004).

#### **1.6.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.**

El estrés es un término general que se aplica a la presión que sienten los trabajadores, cuando la tensión alcanza niveles elevados los trabajadores desarrollan diversos síntomas de estrés que perjudican su desempeño laboral y de salud e incluso amenazan su habilidad para manejarse en el ambiente, las personas estresadas se vuelven nerviosas y crónicamente preocupadas, se enojan con facilidad, son poco cooperadoras o son consumistas de alguna sustancia ilícita, el estrés también es el culpable de enfermedades físicas que con el tiempo se pueden volver degenerativas; por lo tanto es importante que el estrés se mantenga en un nivel bajo para que la mayoría de trabajadores lo tolere sin desarrollar malestares físicos y emocionales.

Los enfoques ante el manejo del estrés para poder prevenirla o controlarla lo encontramos en el apoyo social que es un factor importante, ya que algunas personas se encuentran desconectadas del mundo que les rodea y carecen de relaciones interpersonales cálidas y no tienen capacidad para desarrollar relaciones estrechas con amigos y colegas, su falta de relaciones sociales les genera ira, ansiedad y soledad todo lo cual les produce estrés. (Newstrom, 2011).

Otro aspecto importante se debe al salario, recursos materiales, dinero, empleo, vivienda los cuales a falta de algunos de estos se prevé un distrés difícil de manejar.

**CAPITULO II.  
METODOLOGÍA**



## **2.1. Objetivos.**

### **2.1.1. Objetivo General.**

El objetivo general de la investigación realizada a los servidores de la salud es: Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y su relación con el apoyo social en médicos/as y enfermeras en una institución de salud pública, ubicada en la zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, durante el año 2016-2017.

### **2.1.2. Objetivos Específicos.**

Determinar las características sociodemográficas y laborales en los médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017.

Identificar los niveles de las tres dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017.

Identificar el malestar emocional de los profesionales de la salud de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017.

Establecer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017.

Identificar el apoyo social que reciben a nivel personal y organizacional los médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017.

Determinar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017.

## 2.2. Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017?
- ¿Cuáles son los niveles de las tres dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017?
- ¿Cuál es el malestar emocional de los profesionales de la salud de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017?
- ¿Cuál es el apoyo social que reciben a nivel personal y organizacional los médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017?

## 2.3. Diseño de investigación.

El método empleado en el presente estudio fue **exploratorio**, en donde se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación. (Hernández, 1994). El tipo de investigación utilizada fue descriptiva-transversal, pues las variables seleccionadas recogieron la información que sirvió para desarrollar el estudio, además la información recolectada se la obtuvo en un momento dado

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

#### **2.4. Contexto de la investigación.**

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de una institución de salud privada ubicada al norte de la ciudad de Otavalo, la cual presta servicios de alto nivel en lo científico, tecnológico y humano. A esta entidad acuden personas referidas desde los Centros de Salud cercanos y desde toda la provincia de Imbabura. Esta institución de salud ofrece las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Nutrición, Pediatría, Ginecología, Rehabilitación, Laboratorio Clínico, además de la atención en el parto humanitario con pertinencia cultural. El hospital básico cuenta con 83 camas, con 1 sala de parto en libre posición con partera y medicina ancestral, porque la mayor población del cantón son personas de etnia indígenas la cual esta práctica la usan comúnmente entre sus comunidades acompañadas por parteras. Cuenta con modernos equipamientos e instrumentos médicos, además las instalaciones son amplias y actualizadas para prestar un servicio oportuno y de calidad. Los profesionales son altamente capacitados y eficientes, su compromiso va mucho más allá de lo laboral pues el lazo con los pacientes se refleja en la entrega y respeto por ellos sin importar su raza, color o religión que se practique.

La entidad de salud no tiene visión y misión como institución, sino que asume la misión y visión del Ministerio de Salud Pública del estado ecuatoriano.

#### **2.5. Población y muestra.**

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

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 profesionales de la salud (20 médicos/as y 20 enfermeros/as), de una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Otavalo., quienes cumplieron

con los criterios de inclusión de muestra.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

**Criterios de inclusión:** Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 4 años mínimo de experiencia profesional y firmar el consentimiento informado entregado por parte del estudiante .

**Criterios de exclusión:** se excluyeron a todos los médicos o enfermeras que no tenían como requisito indispensable 4 años de experiencia laboral, se excluyeron también los informes que no estaban firmados por parte del médico o enfermera.

## **2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.**

### **2.6.1. Métodos.**

Los métodos que se utilizaron fueron el **exploratorio** que facilitó el familiarizarse con el fenómeno de investigación (Síndrome de burnout), obtener información para el desarrollo de la investigación planteada e identificar conceptos nuevos en relación a la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal en médicos y enfermeras de una institución pública ubicada en la ciudad de Otavalo

También se basó en un método **analítico**, transversal y cuantitativo y fue realizada en un hospital básico de la ciudad de Otavalo donde se incluyeron a médicos y enfermeras que tengan de experiencia mínima 4 años en su labor, se excluyeron aquellos cuyos no tenían la experiencia suficiente como el planteamiento lo requería.

### **2.6.2. Instrumentos.**

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

Para este objetivo se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory , que tiene una gran escala de alta consistencia y fiabilidad, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, que hace una valoración de sentimientos y actitudes del profesional en su labores y con sus pacientes, la función de este cuestionario es medir el desgaste profesional en 3 aspectos importantes como el cansancio emocional que es el cual valora la vivencia de

estar exhausto emocionalmente por las grandes demandas, la despersonalización valora el nivel que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento y la realización personal es el que evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el ámbito laboral.

### ***Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.***

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

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

En lo que respecta al inventario de burnout de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seis dedos (1997), mide la frecuencia e intensidad del burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. (Ríos Ríquez, Godoy Fernández, & Sánchez Meca, 2011).

Ríos et al. (2011), mencionaron que este instrumento está constituido por 22 ítems: Cansancio Emocional constituido por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo (1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización compuesta por 5 ítems que describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención (5,10,11,15,22) y realización personal compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás (4,7,9,12,17,18,19,21).

Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del *burnout* se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal.

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

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

### **Varo, 1979)**

Este cuestionario evalúa el estado de salud general de la persona en dos tipos de fenómenos: la incapacidad de seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (distressing). (Universidad Complutense Madrid)

El GQH-28, como menciona la Universidad Complutense Madrid, está compuesto por 28 ítems que contiene 4 subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somático), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (difusión social) y subescala D (depresión grave).

En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro sub-escalas:

Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.

Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.

Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.

Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

El COPE es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés. (Morán , Landero , & Gonzáles, 2009)

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

Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.

Auto-distracción: Centrarse en actividades que no permitan pensar en el problema y así

olvidarlo.

Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.

Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema y poder afrontarla.

Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.

Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.

Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.

Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.

Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.

Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.

Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.

Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.

Religión: Refugio en espiritualidad.

Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

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

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

El instrumento evalúa los siguientes componentes según Sherbourne y Stewart (1991), citado por (Londoño Arrendo, y otros, 2012):

- a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares);
- b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos;
- c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo;
- d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y
- e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto

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

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

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

### **2.6.3. Procedimiento.**

El desarrollo de esta investigación se realizó de manera profesional, alineada a una adecuada investigación bibliográfica y de campo:

Investigación Bibliográfica.- durante este periodo de tiempo se clasifico diferentes aportes bibliográficos de investigación afines, que permitan conocer la temática indagada, generando de esta manera el marco teórico.

Investigación de Campo.- Durante la labor comentada con anterioridad, en la presente investigación se desarrolló las siguientes actividades:

Se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente a la institución pública de salud de la ciudad de Otavalo.



Se realizó un acercamiento con el Director y el Departamento de recursos humanos de la institución pública de salud a los cuales se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos en la institución pública de salud.

Al obtener el visto bueno de la solicitud se determinó los días y horarios en coordinación con el departamento de Recursos Humanos de la Institución de salud para la aplicación de la batería y sin que afecte la operatividad de la institución, en consideración a esto se procedió a realizar una charla con los médicos/as y enfermeras dentro del establecimiento para pedir la colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió firmar un consentimiento informado antes de llenar la encuesta que sería entregado con las baterías y se procedió a explicar los parámetros y modo de llenar para que puedan realizarla de la mejor manera.

Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado reemplazándolos por otra muestra obtenida, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

#### 2.6.4. Recursos.

**Humanos:** Director de tesis, investigadora y encuestados (médicos/as y enfermeras de institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017.

**Materiales:** Computadora, cuestionarios de recolección de datos, impresora, material bibliográfico.

**Institucionales:** Pagina del EVA de la UTPL

<b>Económicos: EGRESOS</b>		
<b>No.</b>	<b>Detalle</b>	<b>Valor</b>
Material bibliográfico	Impresiones, computadora, proyector.	\$100
Útiles de oficina	Lápices, borrador, esferos gráficos, hojas de papel bond.	\$50
Copias, anillados	Copias, y anillados	\$25

Movilización	Gasolina, peajes	\$30
<b>Total</b>		<b>\$205</b>

Fuente: Soto,V.(2017)

Elaborado por: Soto, V.(2017)

**CAPITULO III.**  
**ANÁLISIS DE DATOS**

### 3.1. Resultados obtenidos.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud**

VARIABLES	Médicos		Enfermeros/as	
	n	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	8.0	40.0	3.0	15.0
Mujer	12.0	60.0	17.0	85.0
Total, de profesionales de la salud	20.0	50.0	20.0	50.0
<b>Edad</b>				
<i>M</i>	42.5		39.0	
<i>DT</i>	10.3		9.6	
Max	59.0		55.0	
Min	27.0		27.0	
<b>Número de hijos/as</b>				
<i>M</i>	1.5		1.5	
<i>DT</i>	1.4		0.9	
Max	4.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
<b>Etnia</b>				
Mestizo/a	19.0	95.0	20.0	100.0
Blanco/a	1.0	5.0	0.0	0.0
Afro ecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Estado civil</b>				
Soltero/a	6.0	30.0	6.0	30.0
Casado/a	12.0	60.0	14.0	70.0
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	1.0	5.0	0.0	0.0
Unión libre	1.0	5.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario socio demográfico AD HOC

Elaborado por: Soto, V.(2017)

En la tabla 1, observamos acerca de las características socio demográficas y podemos notar que, respecto de los datos obtenidos del personal médico, hubo una mayor aceptación por parte de las mujeres con 60% y de los hombres con un 40%, de igual forma hubo mayor aceptación las mujeres con un 85% y de los hombres con un 15%. El total de participantes profesionales de la salud fue en un 50% médicos y 50% enfermeras/os; la edad promedio de los médicos/as es de 42.5 años; mientras que las enfermeras/os la edad promedio es de 39 años. El promedio de número de hijos de ambos grupos es de 1.5. La etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza, 95% en los médicos/as y 100% en los enfermeros/as. En cuanto al estado civil el 60% de los médicos/as son casados y un 30% son solteros/as en tanto que en las enfermeras/os el 70% son casados/as y el 30% son solteras/os.

**Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud**

VARIABLES	Médicos		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
<b>Ingresos mensuales</b>				
0 a 1000	0.0	0.0	4.0	20.0
1001 a 2000	11.0	55.0	16.0	80.0
2001 a 3000	9.0	45.0	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
<b>Experiencia profesional</b>				
<i>M</i>	14.9		12.4	
<i>DT</i>	9.5		7.2	
Max	28.0		25.0	
Min	3.0		4.0	
<b>Sector en el que trabaja</b>				
Público	16.0	80.0	19.0	95.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	4.0	20.0	1.0	5.0
<b>Tipo de contrato</b>				
Eventual	1.0	5.3	0.0	0.0
Ocasional	6.0	31.6	6.0	31.6
Plazo fijo	2.0	10.5	1.0	5.3
Nombramiento	10.0	52.6	12.0	63.2
Servicios profesionales	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Horas diarias de trabajo</b>				
<i>M</i>	11.7		9.9	
<i>DT</i>	6.0		2.2	
Max	24.0		12.0	
Min	8.0		6.0	
<b>Nº de pacientes/día</b>				
<i>M</i>	21.6		17.0	
<i>DT</i>	11.3		13.5	
Max	40.0		70.0	
Min	4.0		7.0	
<b>Recursos Institucionales</b>				
Totalmente	1.0	5.3	0.0	0.0
Mediadamente	12.0	63.2	15.0	88.2
Poco	6.0	31.6	2.0	11.8
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Turnos</b>				
Si	7.0	35.0	20.0	100.0
No	13.0	65.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Soto, V. (2017)

En la tabla 2, en cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en ambos grupos oscila entre 1001 y 2000 dólares, siendo para médicos/as del 55% y para enfermeras/os 80%, para el caso de los médicos/as de 2001 a 3000 con un 45% en tanto que para enfermeras/os de 0 a 1000 con un 20%. En experiencia laboral del personal médico la media fue de 14.9 años, mientras que en enfermeras/os fue de 12.4 años. El sector que laboran para la mayoría de participantes es el público, siendo para el personal médico el 80% y para enfermeras/os del

95%. El tipo de contrato que prevaleció para el personal médico fue de nombramiento con un 52.6% seguido de ocasional con un 31.6%, mientras que para el personal de enfermeras prevaleció de igual forma el nombramiento con un 63% seguido de ocasional con un 31.6%. El número promedio de horas diarias de trabajo para el personal médicos es de 11.7, mientras que para enfermeras/os es de 9.9. El número promedio de pacientes que atienden a diario los médicos/as es de 21.6, con una atención mínima de 4 y máxima de 40 pacientes; mientras que las enfermeras/os atienden a un promedio de 17, con una atención mínima de 7 y máxima de 70 pacientes. En referencia a los recursos necesarios que brinda la institución a los profesionales de la salud participantes, en los dos grupos prevalece la categoría de medianamente provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo, siendo para los médicos/as con un 63.2% y para las enfermeras/os con un 88.2%. Para la variable de turno en el personal de médicos/as prevalece el que no labora por turnos en un 65% en tanto que para enfermeras/os el 100% si labora en turnos.

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

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	6	31.6%	3	15.0%
	Bastante	8	42.1%	11	55.0%
	Totalmente	5	26.3%	5	25.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	7	35.0%	5	25.0%
	Bastante	8	40.0%	13	65.0%
	Totalmente	5	25.0%	1	5.0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	2	10.5%	0	0.0%
	Bastante	11	57.9%	16	80.0%
	Totalmente	6	31.6%	3	15.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	0	0.0%	3	15.0%
	Poco	4	20.0%	4	20.0%
	Bastante	11	55.0%	13	65.0%
	Totalmente	5	25.0%	0	0.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	1	5.0%
	Bastante	7	35.0%	4	20.0%
	Totalmente	13	65.0%	15	75.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	1	5.0%
	Bastante	11	55.0%	10	50.0%
	Totalmente	9	45.0%	9	45.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte	Nada	0	0.0%	2	10.0%
	Poco	6	30.0%	5	25.0%

de los directivos de la institución?	Bastante	13	65.0%	11	55.0%
	Totalmente	1	5.0%	2	10.0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	5	25.0%	2	10.0%
	Bastante	8	40.0%	13	65.0%
	Totalmente	7	35.0%	5	25.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	0	0.0%	1	5.0%
	Bastante	12	60.0%	10	50.0%
	Totalmente	8	40.0%	8	40.0%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	4	20.0%	2	10.0%
	Bastante	13	65.0%	14	70.0%
	Totalmente	3	15.0%	3	15.0%

Fuente: Cuestionario socio demográfico y clima laboral AD HOC  
Elaborado por: Soto, V.(2017)

En la tabla 3, en lo que se refiere a la percepción del clima laboral de los profesionales de la salud para el caso de los médicos/as, en cuanto a la valoración que siente por parte de sus pacientes el 42.1% contestó que son bastante valorados seguidos por el 31.6% que contestó que son poco valorados, para el caso de la valoración que siente por parte de los familiares de sus pacientes el 40% contestó que son bastante valorados seguidos por el 35% que contestó que son poco valorados, el 57.9% menciona que se siente bastante valorado por sus compañeros de profesión en tanto que el 31.6% manifiesta ser totalmente valorado. Con respecto a cuan valorados se sienten por los directivos de la institución el 55.5% menciona que se siente bastante valorado en tanto que el 25% manifiesta ser totalmente valorado. El 65% manifiesta estar totalmente satisfecho por el trabajo que realiza, en cuanto a la interacción con los pacientes el 55% manifiesta estar bastante satisfecho seguido del 45% que dice estar totalmente satisfecho. En cuanto al apoyo brindado por los directivos de la institución el 65% manifiesta estar bastante satisfecho en tanto que el 30% manifiesta estar poco satisfecho, el 40% menciona estar bastante satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo en tanto que el 35% manifiesta estar totalmente satisfecho. Con respecto a la valoración global de su experiencia profesional el 60% manifiesta estar bastante satisfecho en tanto que el 40% dice estar totalmente satisfecho, el 65% manifiesta estar bastante satisfecho con su situación económica en tanto que el 20% dice estar poco satisfecho.

Para el caso de los enfermeros/as en cuanto a la valoración que siente por parte de sus pacientes el 55% contestó que bastante valorados seguidos por el 25% que contestó totalmente valorados, para el caso de la valoración que siente por parte de los familiares de sus pacientes el 65% contestó que son bastante valorados seguidos por el 25% que

contesto que son poco valorados, el 80% menciona que se siente bastante valorado por sus compañeros de profesión en tanto que el 15% manifiesta ser totalmente valorado, para cuanto valorado se siente por los directivos de la institución el 65% menciona que se siente bastante valorado en tanto que el 20% manifiesta ser poco valorado. El 75% manifiesta estar totalmente satisfecho por el trabajo que realiza, en cuanto a la interacción con los pacientes el 50% manifiesta estar bastante satisfecho seguido del 45% que dice estar totalmente satisfecho. En lo que tiene que ver al apoyo brindado por los directivos de la institución el 55% manifiesta estar bastante satisfecho en tanto que el 25% manifiesta estar poco satisfecho, el 65% menciona estar bastante satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo en tanto que el 25% manifiesta estar totalmente satisfecho. Con respecto a la valoración global de su experiencia profesional el 50% manifiesta estar bastante satisfecho en tanto que el 40% dice estar totalmente satisfecho, el 70% manifiesta estar bastante satisfecho con su situación económica en tanto que el 15% dice estar totalmente satisfecho.

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

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	10	50.0%	13	65.0%
	Medio	3	15.0%	6	30.0%
	Alto	7	35.0%	1	5.0%
Despersonalización	Bajo	11	55.0%	10	50.0%
	Medio	6	30.0%	9	45.0%
	Alto	3	15.0%	1	5.0%
Realización personal	Bajo	17	85.0%	11	55.0%
	Medio	2	10.0%	2	10.0%
	Alto	1	5.0%	7	35.0%

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

En la tabla 4, en lo referente al Inventario del Síndrome de burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos/as el 35% y de enfermeras/os el 5% obtuvieron un nivel alto; en la dimensión de despersonalización el 15% de medios/as puntuaron un nivel alto, mientras que en el personal de enfermería tan solo el 5% de los participantes obtuvo nivel alto; el personal médico consiguió un 85% en baja realización personal, mientras que las enfermeras/os obtuvieron un 55% en nivel bajo de la misma dimensión.



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

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	19	95.0%	20	100.0%
	Presencia	1	5.0%	0	0.0%

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

En la tabla 5, según los datos obtenidos en la aplicación del MBI se puede determinar que existe un solo caso de burnout en médicos que representa al 5%, mientras que en la muestra del personal de enfermería no se reporta ningún caso.

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

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	14	70.0%	18	90.0%
	Caso	6	30.0%	2	10.0%
Ansiedad	No caso	14	70.0%	12	60.0%
	Caso	6	30.0%	8	40.0%
Disfunción social	No caso	20	100.0%	20	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	20	100.0%	20	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)  
Elaborado por: Soto, V.(2017)

En la tabla 6, en lo referente a la salud en general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad para ambos grupos, existiendo una diferencia entre los grupos de profesionales de la salud para el caso de somáticos de 20 puntos porcentuales ya que los médicos se presentan está sintomatología en mayor cantidad con un 30%, en tanto que las enfermeras/os en un 10%; mientras que en la escala de ansiedad la diferencia es de 10 puntos porcentuales presentándose la sintomatología en un 40% en las enfermeras/os y en un 30% en los médicos.

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

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1.5	1.8	6.0	.0	1.8	1.9	6.0	.0
Afrontamiento activo	2.0	2.1	6.0	.0	1.7	1.7	5.0	.0
Negación	.2	.5	2.0	.0	.6	1.1	4.0	.0
Uso de sustancias	.1	.4	2.0	.0	.6	1.0	3.0	.0
Apoyo emocional	.5	1.1	4.0	.0	.9	1.5	6.0	.0
Apoyo instrumental	.5	1.1	4.0	.0	1.1	1.5	5.0	.0
Retirada de comportamiento	.2	.5	2.0	.0	.8	1.4	4.0	.0
Desahogo	.4	.8	3.0	.0	.8	.9	2.0	.0
Replanteamiento positivo	1.7	1.8	6.0	.0	1.5	1.6	5.0	.0
Planificación	1.8	1.8	6.0	.0	1.6	1.9	6.0	.0
Humor	1.0	1.9	6.0	.0	1.0	1.3	4.0	.0
Aceptación	1.7	2.0	6.0	.0	1.6	1.9	6.0	.0
Religión	1.1	1.5	6.0	.0	1.5	1.8	6.0	.0
Culpa de si mismo	.5	.7	2.0	.0	.9	1.1	3.0	.0

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

Elaborado por: Soto, V.(2017)

En la tabla 7, acerca de las estrategias de afrontamiento, se observó que los que poseen una media más alta en el caso de médicos son: afrontamiento activo (2.0), planificación (1.8), replanteamiento (1,7) y aceptación (1.7); mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias que sobresalen con una media alta son: auto distracción (1.8), afrontamiento activo (1.7), planificación (1.6) y aceptación (1.6).

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

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	77.5	22.6	100.0	40.0	77.8	22.9	100.0	20.0
Apoyo instrumental	77.5	23.1	100.0	40.0	77.9	21.5	100.0	20.0
Relaciones sociales	88.0	17.0	100.0	35.0	79.3	22.9	100.0	20.0
Amor y cariño	84.0	19.2	100.0	46.7	81.3	20.5	100.0	40.0

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

Elaborado por: Soto, V.(2017)

En la tabla 8, en cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta para médicos es de 88 para relaciones sociales mientras que para el personal de enfermería la media más alta es amor y cariño con 81.3. En segundo lugar para médicos le sigue amor y cariño con una media de 84 en tanto que al personal de enfermería le sigue relaciones sociales con una media de 79.3; en tercer lugar para médicos se encuentra con una media igual de 77.5 para apoyo emocional y de igual forma para apoyo instrumental en tanto que para el personal de enfermería, en tercero está el apoyo instrumental con una media de 77.9 para finalmente estar apoyo emocional con una media de 77.8.

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

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máy.	Mín.	M	DT.	Máy.	Mín.
Neuroticismo	.8	1.0	3.0	.0	1.3	1.4	4.0	.0
Extroversión	4.4	2.0	6.0	1.0	4.5	1.5	6.0	1.0
Psicoticismo	.9	1.0	3.0	.0	1.9	.9	4.0	.0

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

En la tabla 9, observamos que, el rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos de los profesionales de la salud con una media de 4.5 para personal de enfermería y de 4.4 para médicos, seguido de psicoticismo con una media de 1.9 para personal de enfermería y de 0.9 para médicos y finalmente el rasgo de Neuroticismo con una media de 1.3 para personal de enfermería y de 0.8 para médicos.

**Tabla 10. Correlaciones entre relaciones sociales y las dimensiones del burnout.**

	Relaciones sociales.		
	R	p	N
Burnout	.149	.359	40
Agotamiento emocional	.115	.479	40
Despersonalización	.229	.156	40
Realización personal	.032	.843	40

Elaborado por: Soto, V.(2017)

En la tabla 10, como se puede observar no se encuentra una correlación significativa entre el relaciones sociales y burnout  $r(40) = .149, p = .358$ . A si mismo entre relaciones sociales y

agotamiento emocional no se evidencia una correlación significativa  $r(40) = .115$ ,  $p = .479$ . Se observa también que no existe una correlación de significancia entre relaciones sociales y despersonalización.  $r(40) = .229$ ,  $p = .156$ . Finalmente, entre relaciones sociales y realización personal se determina que no existe una correlación significativa entre estas variables  $r(40) = .032$ ,  $p = .843$ .

### **3.2. Discusión de los resultados obtenidos.**

El síndrome de burnout (SBO), también llamado síndrome de desgaste profesional, es un problema de salud pública actual y poco investigado (Contreras y Suarez, 2013). Por ello, nuestro interés en la presente investigación tuvo como objetivo general, identificar la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el apoyo social en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo, durante el año 2016-2017.

Con relación a los objetivos específicos tenemos que el primero de ellos se centró en determinar las características sociodemográficas y laborales de los participantes; para lo cual se aplicó el cuestionario Sociodemográfico y Laboral diseñado para esta investigación. En cuanto a las características sociodemográficas podemos notar que, de los datos obtenidos del personal médico, se observa que hubo una mayor aceptación por parte de las mujeres con 60% y de los hombres con un 40%, de igual forma en el personal de enfermería hubo una mayor aceptación por parte de las mujeres con un 85% y de los hombres con un 15%; datos que nos hacen dar cuenta que las mujeres médicos y las enfermeras fueron las que aceptaron someterse a la evaluación de los test acerca del síndrome de burnout y estos datos concuerdan con el estudio de (Quiroz & Saco, 1999). La edad promedio en médicos/as es 42.5 años con un máximo de 59 y un mínimo de 27 años; y en enfermeras/os con una edad promedio de 39 años, con un máximo de 55 y un mínimo de 27 años, resultados que nos señalan una población mixta conformada por jóvenes y adultos. Con respecto a la variable número de hijos observamos que en ambas muestras (médicos/as y enfermeras/os) la media es de 1.5, media un tanto menor a la media de la población ecuatoriana que se sitúa en 1.6 (INEC, 2010). Respecto a la etnia vemos que la raza que predominó en ambas muestras es la mestiza con un 95% en médicos y un 100% en enfermeras/os; raza dominante en la población ecuatoriana. En cuanto al estado civil tenemos que, el 60 % de médicos y el 70% en enfermeras/os están casados mientras que el 30% en ambas muestras están solteros, resultados semejantes al estudio de (Cárdenas, 2013).

En lo concerniente a las variables laborales se observa que el 55% de la muestra médica percibe un salario que va de 1001 a 2000 dólares y un 45% un salario que va de 2001 a 3000 dólares mientras que en el personal de enfermería el 80% goza de un salario que se encuentra entre 1001 a 2000 dólares y, un 20% un salario que va de 0 a 1000 dólares; porcentajes afines con lo establecido en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en Hogares Urbanos y Rurales donde se expresa que, para el área urbana el ingreso salarial mensual es de \$1046.3. En lo referente a la experiencia profesional la media para los médicos fue de 14.9 años y para las enfermeras de 12.4 años datos concordantes con el estudio de (Hernández, Dickinson y Fernández, 2008). En cuanto se refiere al sector que laboran para la mayoría de participantes es el público, siendo para el personal médico el 80% y para enfermeras/os del 95%, datos que concuerdan al análisis de (Pezantes Molina 2012). El tipo de contrato que prevaleció para el personal médico y de enfermeras fue de nombramiento con un 52.6% y 63% respectivamente, datos concordante con el estudio de (Fernández, Juárez, Arias y Gonzales, 2010). El número promedio de horas diarias de trabajo para el personal de médicos es de 11.7, mientras que para enfermeras/os es de 9.9, datos concordantes con el estudio de (Bracho y Ochoa, 2014). El número promedio de pacientes que atiende a diario los médicos/as es de 21.6, con una atención mínima de 4 y máxima de 40 pacientes; mientras que las enfermeras/os atienden a un promedio de 17, con una atención mínima de 7 y máxima de 70 pacientes, datos que concuerdan con el estudio de (Bracho y Ochoa, 2014). En referencia a los recursos necesarios que brinda la institución a los profesionales de la salud participantes, en los dos grupos prevalece la categoría de medianamente provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo, siendo para los médicos/as con un 63.2% y para las enfermeras/os con un 88.2%. Para la variable de turno en el personal de médicos/as prevalece el que no labora por turnos en un 65% en tanto que para enfermeras/os el 100% si labora en turnos datos que contrastan con la investigación de (Quiroz Valdivia y Saco Méndez 1998)

El segundo objetivo consistió en identificar los niveles de burnout en las tres dimensiones del síndrome (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) y su relación con el apoyo social, en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo.

Los niveles de burnout obtenidos a través de la aplicación del Inventario del Síndrome de burnout (MBI) en los profesionales de la salud fueron: en la dimensión de agotamiento emocional de la muestra en médicos/as con un 35% y de enfermeras/os con un 5%, esto

nos quiere decir que obtuvieron un nivel alto en este caso los médicos ya que en el personal de enfermería no existe un porcentaje significativo, esto se debe a que los médicos sienten más responsabilidad hacia su excesiva labor diaria, ya que el agotamiento emocional es la primera característica visible, que se encuentra con una pérdida progresiva de energía y fuerza, acompañado por un desequilibrio en el trabajo y el cansancio que diariamente experimenta el médico en estos casos; en la dimensión de despersonalización se encontró que un 15% de médicos/as y solo un 5% de las enfermeras/os alcanzaron un nivel alto en el cual podemos analizar que esta es una manera de responder a los sentimientos negativos de impotencia, abandono y desesperanza que tienen los médicos en especial, ya que en el personal de enfermería casi no existen casos, esto nos quiere decir que el personal de enfermería tiene un nivel bajo en despersonalización esto se puede dar gracias al apoyo que tiene este grupo de parte de sus comunes; en el caso de baja realización personal, en el personal médico se encontró un 85%, y en el personal de enfermería un 55% de nivel bajo en esta dimensión el cual nos lleva a decir que estas personas tienden a evaluarse positivamente en el trabajo seguido de una enorme satisfacción en el rol que se están desempeñando como profesionales de la salud, pero esto no está pasando con el 15% de médicos y el 5% de enfermeros/as que si sienten una insatisfacción en su rol. Con respecto a la relación entre las dimensiones del burnout y la variable de apoyo social no se encontró una correlación significativa entre estas variables. Resultados que nos impulsan a indagar más a fondo los factores de riesgo (variables laborales o personales) que han incidido en ese 5% de la muestra investigada afectados con el síndrome de burnout, datos que son contrastados con el estudio de (Chermis, 1982) en donde se identificó baja prevalencia del Síndrome de Burnout, que guarda relación con nuestro estudio.

El tercer objetivo fue identificar el malestar emocional de los profesionales de la salud, obteniendo como resultados un 30% en médicos y un 10% en el personal de enfermería para síntomas somáticos de tipo muscular, endocrino, nervioso, circulatorio. También podemos observar que existen casos de ansiedad en los médicos de un 30% y en los enfermeros/as con un 40% este es un sentimiento que les ayudaría a tomar distancia en relación a lo que tienen que realizar, podemos decir que dentro de la ansiedad encontramos síntomas variados como los físicos que son taquicardias, palpitaciones, falta de aire entre otros, también tenemos los psicológicos como sensación de amenazas y peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad entre otros; como intelectuales y sociales. Observándose que los síntomas que más prevalecieron fueron los somáticos y ansiedad para ambos grupos, resultados que concuerdan con el estudio de (Rodriguez, Rodriguez, & Riveros, 2011).

El cuarto objetivo fue establecer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo.

Se observó que los médicos poseen una media más alta en estrategias de afrontamiento activo, teniendo como resultado más alto (2.0) en afrontamiento activo, (1.8) en planificación, (1,7) en ambos casos de replanteamiento y aceptación; mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: auto distracción con (1.8), afrontamiento activo con (1.7), planificación (1.6) y aceptación (1.6), podemos observar que en el caso de médicos es más alto el nivel de afrontamiento activo ya que se puede deber en que estos adoptan medidas necesarias para cambiar o evitar la situación estresante o a su vez aliviar sus efectos, en el caso de planificación el personal afectado piensa y programa los pasos a dar para tratar de sobrellevar la situación, y por ultimo tenemos otro nivel alto en aceptación que consiste en asumir la realidad de la situación, todas estas estrategias de afrontamiento son las que más prevalecen en estos estudios y estos datos fueron contrastado con el análisis de (Vazquez, 2015)

El quinto objetivo fue identificar el apoyo social que reciben a nivel personal y organizacional los médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo.

Aquí podemos determinar que en cuanto al apoyo emocional los médicos tienen una media de 77.5 mientras que el personal de enfermería tiene una media más alta en este sentido con 77.8 aquí podemos darnos cuenta que el personal de salud se sienten acompañados por parte de sus familiares que son la fuente primordial para poder superar las dificultades que presenta la vida, como situaciones de estrés y ansiedad, falta de autoestima, autocontrol, superación de pérdidas afectivas, problemas familiares o de pareja entre otros más, en cuanto al apoyo instrumental en médicos existe una media de 77.5 y en personal de enfermería un 77.9 en este dato de nuevo los enfermeros vuelven a tener un más alto puntaje que tiene que ver con conductas instrumentales que ayudan directamente a quien más lo necesita como cuidar de la persona, ayudarle a hacer algún tipo de trabajo; En cuanto a relaciones sociales los médicos tienen una media de 88.0 mientras que el personal de enfermería tiene un 79.3. Es aquí donde los médicos obtienen una media más alta. En cuanto al apoyo social que vienen de las redes sociales podemos apreciar que el personal médico y de enfermería gozan de un gran círculo de familiares y amigos que los protegen

para que no se dé el síndrome de burnout, este amplio grupo de encuestados disfrutaban de buen grupo social y familiar, en cuanto al amor y el cariño los médicos tienen una media más alta con un 84.0 y en personal médico un 81.3 que gozan de amor y cariño por parte de sus seres queridos y amigos, datos que concuerdan con el estudio de (1991; citado en Carmona y Carmona 2004). Para culminar con estos datos podemos decir que en este sector de trabajadores públicos se ausenta casi por completo el síndrome de burnout por tener un alto apoyo social.

En esta investigación, el apoyo social; se identifica con el más alto puntaje de los cuestionarios aplicados al personal de salud; por lo que concluimos que los recursos humanos y materiales que practican los médicos/as y enfermeras/os, son los que ayudan a superar las crisis y sobrellevar cualquier tipo de carga o problema.

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. Las principales son (Gallar, 2006):

#### **a) Redes de apoyo social natural**

- La familia.
- Amigos y allegados.
- Compañeros de trabajo.
- Vecinos.
- Compañeros espirituales (ej.: parroquias, iglesias).

Estas redes son muy importantes para el buen desempeño del personal de salud ya que la ayuda que les brindan son inmediatas y ofrecen un apoyo emocional positivo y solidario, hoy en día hay evidencias de que el apoyo funciona como un gran amortiguador del estrés, ya que ayuda al afrontamiento y resulta ser muy beneficioso para la salud.

(Novel, 1991)(Sarason, 1999).

Por el contrario, la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia, asociada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (Novel, 1991). A partir de los años setenta, cada vez son más los autores interesados en investigar las repercusiones que la familia puede tener sobre el desarrollo y mantenimiento de las enfermedades. La familia es la primera y quizás, en muchos aspectos, la más influyente de las agencias de socialización que van a actuar sobre los individuos. La familia, a menudo, proporciona apoyo y fomenta una serie de creencias, actitudes y normas de



comportamiento que pueden ayudar al individuo a afrontar con eficacia distintas situaciones vitales como la enfermedad, pero otras veces pueden repercutir negativamente favoreciendo el desarrollo de patologías o dificultando la adherencia a los tratamientos prescritos.

El sexto objetivo fue determinar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud de una institución de salud pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo identificando que el rasgo más alto fue el de extroversión en ambos grupos de los profesionales de la salud con una media de 4.5 para personal de enfermería y de 4.4 para médicos y seguido de psicoticismo con una media de 1.9 para personal de enfermería y de 0.9 para médicos y finalmente el rasgo de Neuroticismo con una media de 1.3 para personal de enfermería y de 0.8 para médicos, En cuanto a la personalidad de los encuestados se puede apreciar que para los dos grupos existe un alto nivel de extraversión ya que son personas comunicativas, de carácter alegre, pueden animar fácilmente las fiestas, no son personas calladas y son consideradas por los demás como personas muy animadas, en cuanto a sus demás rasgos como Neuroticismo y Psicoticismo en un nivel bajo que nos quiere decir, que no utilizan ningún tipo de droga que no se consideran personas nerviosas y no se centran en las preocupaciones ya que son personas muy comunicativas y les gusta ayudar a los demás, datos contrastados con el estudio de (Pesantez Molina 2012).

## CONCLUSIONES

En la muestra de los profesionales de la salud se halló un solo caso de burnout en médicos con un 5% de la muestra), en tanto que en las enfermeras no se hallaron indicios del síndrome de burnout significativos en ninguna de las sub escalas, esto debido a que el apoyo social se encuentra en un nivel alto y la media predominante para médicos/as es relaciones sociales y en segundo lugar esta para enfermeras/os. Como analizamos en la discusión el apoyo social es un factor importante para los profesionales de la salud que se sienten completamente apoyados por sus familiares y personas cercanas a su entorno.

El perfil sociodemográfico de los médicos y enfermeras fue pertenecer al género femenino, con una edad promedio de 42.5 años para médicos/as y 39 para enfermeros/as, de estado civil predominante casados con un promedio de 1.5 hijos, en los dos grupos predomina un salario de 1001 a 2000 dólares, con una experiencia profesional promedio de 14.9 años para médicos y 12.4 años para enfermeras, que en su mayoría laboran únicamente en el sector público con nombramiento.

En lo referente a las tres dimensiones del Burnout en agotamiento emocional presentan un nivel alto para médicos en un 35% y para enfermeras en un 5%, en la dimensión de despersonalización presentan un nivel alto del 15% para médicos/as y 5% para enfermeras/os y en la dimensión de realización personal los dos grupos presentan un nivel alto de realización.

En referencia al malestar emocional de los profesionales de la salud, se observó que presentan en los dos grupos síntomas somáticos para médicos/as en un 30% y para enfermeras/os en un 10% y ansiedad para médicos en un 30% y para enfermeras/os en un 40%.

En lo referente a las estrategias de afrontamiento, las más utilizadas por médicos/as y enfermeras/os son: afrontamiento activo, planificación y aceptación, en tanto que; los médicos también recurren al replanteamiento; en cambio las enfermeras recurren a la auto distracción.

En cuanto al Apoyo social que reciben a nivel personal y organizacional los médicos/as y enfermeras/os; tenemos que para el primer caso es: relaciones sociales, seguido de amor y cariño; mientras que, para enfermeras es amor y cariño seguido de relaciones sociales.

En lo concerniente a los rasgos de personalidad, en los profesionales de la salud tenemos; que tanto los médicos, como enfermeras predominan niveles altos de extroversión y niveles bajos de psicoticismo, seguido del neuroticismo.

## RECOMENDACIONES

Al equipo de investigación que diseñó los formatos se recomienda, que los formatos de los cuestionarios debe mantenerse el anonimato de quien llena el mismo, a fin de guardar la confidencialidad en todo el proceso de la investigación y de esta manera evitar que la información esté sesgada, ya que al tratarse de instituciones públicas donde inclusive puede visibilizarse la gestión de los directivos de la institución y pueden pensar que les traerá represalias si ponen aspectos contrarios al adecuado funcionamiento del hospital, con esto dispondremos de información más real y que no esté distorsionada.

Las autoridades de los hospitales deben reconocer que existe este síndrome y que se da dentro de todos los profesionales y el origen puede ser multicausal, por lo tanto es importante el diagnóstico real del síndrome en los profesionales. Se recomienda identificar las causas y poder ejecutar estrategias y acciones que ayuden a salir adelante al profesional de la salud lo cual generará un mejor servicio de la institución a la ciudadanía y mejorará la calidad de vida del profesional de la salud.

Considerando que los profesionales de la salud médicos y enfermeras en su mayoría son casados y que tienen hijos, por ende combinan su rol de profesionales, esposos, esposas, padres y madres; se recomienda a las autoridades del hospital implementar acciones de apoyo a éste grupo por medio del departamento de Talento Humano de la institución, a fin de evitar el desgaste del profesional por sus múltiples actividades.

Se recomienda a las instituciones de salud, implementar políticas para conseguir un equilibrio entre el horario de trabajo y el número de pacientes que deben atender, a fin de evitar que los médicos y enfermeras se saturen emocionalmente por tantas actividades a realizar.

Los profesionales de la salud a pesar que son ellos los encargados de velar por la salud física y emocional de sus pacientes, en muchos casos no se da la importancia a la propia salud de ellos, es por eso que se observa que el malestar emocional se visibiliza en los dos grupos en síntomas somáticos, por lo tanto las autoridades del hospital deben implementar campañas periódicas de valoración de la salud de médicos y enfermeras tanto físicas y emocionales a fin de cuidar primero de ellos para que a su vez ellos puedan cuidar adecuadamente de la salud de los pacientes.

Se debe implementar campañas de capacitación a los profesionales de la salud médicos y enfermeras a fin de que tengan las estrategias de afrontamiento ante los problemas propios que se generan en el ejercicio de la profesión, profundizando en el afrontamiento activo, aceptación y en las demás formas existentes que pueden ayudarlos en este aspecto.

Las autoridades del hospital deben fortalecer el apoyo social en lo referente al apoyo instrumental ya que en los dos grupos se evidencia que dicen tener niveles bajos en esta variable, con lo cual se generará un equilibrio entre las diferentes aristas que necesitan el profesional de la salud para su adecuado desenvolvimiento; además identificar que la mayoría de los profesionales de la salud son extrovertidos por lo tanto, deben fomentar el compañerismo, reuniones periódicas donde puedan socializar entre ellos y fortalecer los vínculos de amistad y apoyo mutuo en el ejercicio de la profesión.

Considerando que el apoyo social es un factor de protección para nuestra salud física y mental, es necesario que el apoyo social nos brinda nuestra red social, refuerce nuestra autoestima y que nosotros mismos lo percibamos como valioso. Recomendamos reconocer que el apoyo social nos puede brindar muchos beneficios si dejamos brindar y dejar que actúe de manera eficaz cuando más lo necesitemos.

## BIBLIOGRAFÍA:

(s.f.).

(2001). En G. J. Moreno-Jimenez B., *Desgaste profesional, Personalidad y Salud percibida, Empleo, estres y salud* (págs. 59-83). Madrid: Piramide.

Alvarez. (2011).

<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17501/3/Herrera%20V%C3%A1zquez%2C%20Lorena%20Sabrina%20TESIS.pdf>.

Apolo. (2017).

<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17528/3/APOLO%20APOLO%2c%20NATHAL Y%20GISSELA%20TESIS.pdf>.

Aronson, P. y. (1988). Revista Iberoamericana de educacion . *Una investigacion sobre el estres laboral* , 02.

Cárdenas. (2013).

<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5504/1/JORGE%20LUIS%20CARDENAS%20PONCE.pdf>.

Carillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros . (2012).

<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17501/3/Herrera%20V%C3%A1zquez%2C%20Lorena%20Sabrina%20TESIS.pdf>.

Chermis. (1980). Analisis del síndrome de Burnout. *Revista Científica* .

Chermis. (1982). *Analisis del síndrome de burnout*.

Farber. (1991). *Vivat Academia*. Obtenido de

[www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm](http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm)

Fischer. (1983). Una investigacion sobre el estres laboral y el síndrome del quemado. *Revista Iberoamericana de educacion*, 2.

Fredy, H. y. (1993). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del. *Anales de la Psicología*, 265.

Freudenberg. (1974). Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. *Psicología para America Latina*, 76.

Gil-Monte. (2003). Una investigacion sobre el estres laboral . *Revista Iberoamericana de educacion* , 03.

Gil-Monte. (2004). Una investigacion sobre es estres laboral y el sidrome de estar quemado. *Revista Iberoamericana de Educacion*.

Gil-Monte. (2005). perspectivas teoricas y modelos interractivos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de la Psicología*, 54.

Gómez, C., Alamo, C., & Amador, M. (2009). *Correlaciones entre relaciones sociales y las dimensiones del burnout*. Madrid: Medicina y Seguridad del trabajo.

- Herrera. (2017). Obtenido de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17501/3/Herrera%20V%C3%A1zquez%2C%20Lorena%20Sabrina%20TESIS.pdf>.
- <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rpsi/article/viewFile/403/289>. (s.f.).
- Jackson, M. y. (1981).
- Klarreist. (1990). [dspace.usc.es/bitstream/10347/14632/1/rep\\_1118.pdf](dspace.usc.es/bitstream/10347/14632/1/rep_1118.pdf).
- Landázuri, J. (2011). *Síndrome de desgaste profesional en el personal (burnout) en el Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional*. Quito-Ecuador.
- Machlowitz. (1980). Analisis del nivel del Síndrome de Burnout . *Revista Científica* , 45.
- Maslach. (1976). El síndrome de Burnout. Evolucion Conceptual y estado actual de la cuestion. *Vivat Academia*, 9.
- Maslach. (1998). El síndrome de Burnout. Evolucion Conceptual y estado actual de la cuestion. *Vivat Academia*, 09.
- Maslach&Jackson. (1981). Analisis del nivel sel síndrome de Burnout. *Revista Científica Unibe*, 46.
- Monte P., P. J. (1999). Perspectivas teoricas y modelos interretativos para el estudio del sndrome de quemarse por el trabajo. En P. J. Monte P.. Valencia: Anales de la Psicología.
- Moreno Jimenez B., B. L. (2010). *Factores y Riesgos psicosociales, formas. consecuencias,medidas y buenas parcticas* . Obtenido de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20>
- Newstrom. (2011). *Comportamiento humano en el trabajo*. México: Mc Graw Hill.
- Ortega, M., Ortiz, G., & Coronel, B. (2007). Burnout en médicos y enfermeras . *Psicología 6 y Salud*, Vol. 17, Núm. 1: 5-16, 12.
- P, G.-M. (2012). *Riesgos Psicosociales en el Trabajo y Salud Ocupacional*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a12v29n2>
- Peiró, G.-M. y. (1997). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios .
- Pines. (1981).
- Pines&Krafy. (1978). Analisis del nivel del síndrome de burnout. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 45.
- Quiroz, R., & Saco, S. (1999). *Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco*. Cusco: SITUA-XXIII.
- Ramirez. (2010). Obtenido de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador .
- Rodriguez, M., Rodriguez, R., & Riveros, A. (2011). *SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS* . Bogota.
- Roth, E., & Bismarck, P. (2010). *Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción* . La Paz.
- Ruiz, M. C. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *anales de psicología*, 169.

Vazquez, I. A. (2015). *Manual de la psicología de la salud*. Madrid: Piramide .

Winnubst. (1993). *Anales de la Psicología*.

Winnubst. (1993). *Anales de psicología* .

driguez, R., & Riveros, A. (2011). SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS . Bogota.

<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3670/1/PESANTEZ%20MOLINA%20LOURDES%20DE%20ROSARIO.pdf>



## **ANEXOS**

Otavalo, 08 de febrero del 2017

## CERTIFICADO

Certifico que la Sra. **TERESA VIVIANA SOTO CARDENAS**, portadora de la cedula de identidad 100234282-0 alumna del noveno nivel de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, efectuó la aplicación de cuestionarios en este centro hospitalario a 20 médicos y 20 enfermeras, desde el 30 de enero al 7 de febrero del 2017.

Faculto hacer uso del presente certificado en el trámite que estime conveniente, excepto en trámites legales.

Atentamente



Psic. Ind. Alicia Soto

ANALISTA RESPONSABLE DE TALENTO HUMANO

HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO



Sucre s/n y Estados Unidos  
Teléfonos: 062 923 877  
[www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

## 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.

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

<p><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></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><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></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><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></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><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></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><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></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><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></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><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></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><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></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><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></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><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></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><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></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><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></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><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></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><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</b></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><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></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><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></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><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></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><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></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><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></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><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></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.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollulos.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).