



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con la extroversión, en médicos y enfermeras de dos instituciones privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Cubillos Andrade, Yolanda

DIRECTOR: Vásquez Escandón, Adrián Felipe, Mgtr.

Centro Universitario Samborondón

2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

PhD.

Mgtr. Marina del Rocío Ramírez Zhindón

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: *Prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con el rasgo de personalidad de extroversión, en médicos y enfermeras de dos instituciones privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017*, realizado por Yolanda Cubillos Andrade ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Julio 2017

Mgtr. Adrián Felipe Vásquez
Docente Investigador UTP
Dpto. Psicología

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo YOLANDA CUBILLOS ANDRADE declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con el rasgo de personalidad de extroversión, en médicos y enfermeras de dos instituciones privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017, de la Titulación de PSICOLOGIA, siendo el Mgtr. Adrián Felipe Vásquez Escandón director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autor YOLANDA CUBILLOS ANDRADE

Cédula 0904097649

DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas, porque sin su bendición no hubiera sido posible llegar a feliz término mi meta.

A mis padres porque tuve la oportunidad de ser parte de su familia.

A mis hijos por haber formado un grupo maravilloso que siempre estuvieron para mis dudas e inquietudes.

AGRADECIMIENTO

En primer plano a Dios Nuestro Señor por haber allanado todo el camino para poder culminar mi carrera.

A mis hijos, porque estuvieron siempre en todo el proceso enseñando, ayudando, apoyando, colaborando en todo sentido en todo lo que se fue presentando.

Especialmente a mi hija Ana Cristina, que fue mi soporte inmejorable en todo lo relacionado a la tecnología.

A mi buena amiga Yoconda, que definitivamente sin su apoyo incondicional no hubiera podido llegar al final de la carrera. Como también compartiendo su tiempo y sabiduría para apoyarnos la una a la otra.

A todos los docentes que estuvieron presentes en cada ciclo. A los tutores de cada uno de los Practicum y sobre todo al Mgtr. Adrián Felipe Vásquez Escandón Director del Trabajo de fin de Titulación.

A las diferentes instituciones, educativas, clínicas, organizacionales y de salud, por prestar su aporte para poder realizar las pasantías y trabajo de titulación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
1. CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	15
1.1. Conceptualización del burnout.....	16
1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.	
1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.	
1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.	
1.1.4. Definiciones de las décadas de 2000.	
1.1.5. Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.	
1.2. Desarrollo y fases del burnout.....	20
1.2.1. Golembieswki, Munzenrider y Carter 1983.	
1.2.2. Leiter y Maslach (1988)	
1.2.3. Leiter (1993).	
1.2.4. Lee y Ashforth (1993)	
1.2.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).	
1.3. Consecuencias del Burnout.....	22
1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.	
1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.	
1.3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.	
1.4. Modelos explicativos del Burnout.....	26
1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	26
1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.	
1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss	
1.4.1.3. Modelo de Pines	
1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.	
1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría de Intercambio Social.....	29

1.4.2.1.	Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.	
1.4.2.2.	Modelo de conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy	
1.4.3.	Modelos desarrollados de la Teoría Organizacional.....	30
1.4.3.1.	Modelo de fases de Golembieswki, Munzenrider y Carter.	
1.4.3.2.	Modelo de Winnubst	
1.4.3.3.	Modelo de Cox, Kuk y Leiter	
1.4.4.	Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el trabajo.....	32
1.4.4.1.	Modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson)	
1.4.4.2.	Modelo de Edelwich y Brodsky.	
1.4.4.3.	Modelo de Price y Murphy.	
1.4.5.	Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.....	35
1.5.	Prevalencia del Burnout. Importancia del estudio de burnout en profesionales de la salud.....	36
1.5.1.	Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.	
1.5.2.	Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica.	
1.5.3.	Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional.	
1.6.	Variables Asociadas al Burnout.....	40
1.6.1.	Variables Sociodemográficas en profesionales de la salud.	
1.6.2.	Variables Laborales en profesionales de la salud.	
1.6.3.	Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.	
1.6.4.	Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.	
2.	CAPITULO 2: METODOLOGÍA.....	47
2.1.	Objetivos.....	48
2.1.1.	Objetivo general.	
2.1.2.	Objetivos Específicos.	
2.2.	Preguntas de Investigación.	
2.3.	Diseño de Investigación.	
2.4.	Contexto.	
2.5.	Población.	
2.6.	Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	
2.6.1.	Métodos.	
2.6.2.	Técnicas.	
2.6.3.	Procedimiento.	
2.6.4.	Recursos.	
3.	CAPITULO 3: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
3.1.	Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos.	
3.2.	Discusión de los resultados obtenidos.	
	CONCLUSIONES.....	78
	RECOMENDACIONES.....	80
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	81
	ANEXOS.....	91

RESUMEN

El Síndrome de Burnout es la una respuesta al estrés crónico laboral, entre los profesionales dedicados al servicio de la salud.

El Objetivo de esta investigación es identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en 18 médicos y 19 enfermeras, y la relación con el rasgo de personalidad de extroversión de dos instituciones privadas localizadas al norte de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2017.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral Ad-hoc., El "Maslach Burnout Inventory" (MBI) de Maslach y Jackson (1981, 1986), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979 versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).- Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento. (BRIEF-COPE).Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Seward, 1991; versión Española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina 2005), Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999.

Dentro del estudio investigativo no se identificó ningún caso del SB.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, extroversión.

ABSTRACT

SUMMARY

The Burnout syndrome is a response to the corneal labour stress which is present among the professionals dedicated to the healthcare service.

The objective of this investigation is to identify the prevalence of the Burnout syndrome and of their dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low self-realization) in 18 doctors and 19 nurses, as well as the relationship with the personality trait of extroversion in two private institutions located at the north of the city of Guayaquil during the year 2017.

Ad-hoc. Sociodemographic and Labour Questionnaire, The "Maslach Burnout Inventory" (MBI) of Maslach and Jackson (1981, 1986), Questionnaire of Mental Health (GHQ-28); (Goldberg and Hillier, 1979 Spanish version of Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana and Varo, 1979) Multidimensional Scale of Evaluation of coping styles (BRIEF-COPE). MOS Social Support Survey; Sherbourne and Seward, 1991; Spanish version of Revilla, Luna I Castillo, Bailón and Medina 2005), Revised Personality Questionnaire of Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown and Philipchalk, 1992; Spanish version of Sandín, Valiente and Chorot, 1999.

It is worth mentioning that within the study it wasn't identified any case of BS.

Keywords: Burnout syndorme, emotional exhaustion, depersonalization, of low self-realization, extroversion

INTRODUCCIÓN

En términos generales, el Síndrome de Burnout (SB), es frecuentemente conocido como el síndrome del trabajador quemado cuya prevalencia permanente puede convertirlo en crónico. Se trata de un síndrome de carácter mundial, clínica y socialmente hablando; sin embargo, no es reconocido por el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM). Tal como lo menciona Maslach, Schaufeli & Leiter (2001). En la actualidad, el SB ha suscitado un creciente interés al constituir un fenómeno que ha logrado capturar la realidad de las vivencias de los profesionales dentro de su ambiente laboral.

Los profesionales más propensos a padecer el SB son aquellos que mantienen una interacción con otros seres humanos con carácter de intenso o duradero. Gil-Monte, (Prevalencia del Síndrome de Burnout)(2005) afirma que “el síndrome de burnout ha sido asociado a los profesionales que mantienen un contacto directo con los receptores del servicio. Entre estos se encuentran los médicos, los profesores, los funcionarios de prisiones, los policías, los trabajadores sociales, los profesionales de enfermería, los psicólogos, entre otros”; aunque cada vez se hace más presente en diversas profesiones, donde la preocupación por analizar el SB es evidente, tal como se puede apreciar en la siguiente cita de otros teóricos que han estudiado otras poblaciones, tales como estudiantes: (Morgan et al., 2010), voluntarios (Bakker, Van Der Zee, Lewing & Dollard, 2006), clérigos (Miner, 2007), deportistas (Salgado, Rivas & García, 2011; Medina (Survey, Sherbourne y Seward, & versión Española Revilla) & García, 2002), docentes (Marrau, 2004), entre otros.

En el desarrollo de este proyecto se destacan tres capítulos, entre los que se encontrará: en primer plano, el marco teórico en el cual se desarrollan diferentes subtemas y se consideran las definiciones elaboradas en varias décadas; su desarrollo y fases del SB; consecuencias en la salud, trabajo y familia de los profesionales de la salud; modelos explicativos basados en diferentes teorías; prevalencia del SB a nivel mundial, de Latinoamérica y nivel

nacional; así como, las diferentes variables asociadas al SB: sociodemográficas, laborales, de personalidad y moduladoras ante situaciones de estrés.

El objetivo específico de esta investigación es medir las tres dimensiones del SB. Se desarrolla dentro de una muestra de profesionales de la salud de dos entidades privadas ubicadas al norte de la ciudad de Guayaquil y se contó con la colaboración de 40 personas a quienes se les aplicó una batería de diferentes cuestionarios: Cuestionario sociodemográfico y aboral *Ad-hoc.*, el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de Maslach y Jackson (1981, 1986), el Cuestionario de salud mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979, versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979). Además, la Escala multidimensional de Evaluación de los estilos de afrontamiento, (BRIEF-COPE); el Cuestionario MOS de apoyo social, (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Seward, 1991; versión Española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina 2005); el Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999.

El diseño de la investigación es exploratorio, cuantitativo y no experimental, en un ambiente real, transaccional, descriptivo y correlacional. El procedimiento para lograr el levantamiento de la información es hacer contacto directo con los directivos de cada una de las instituciones y pedir apertura para poder aplicar los cuestionarios a cada uno de los participantes. Se cuenta con el apoyo voluntario del personal de las unidades médicas. Los inconvenientes se superan positivamente.

En cuanto al análisis de datos, los resultados de los cuestionarios son depurados para trabajar con los valores reales obtenidos de la muestra y se originan varias tablas diferentes donde se resaltan los porcentajes y medias más relevantes de cada una de las variables que intervienen; todo ello, para contar con los elementos necesarios para conocer la medición más exacta posible de cada una de las dimensiones de SB y cuántos profesionales muestran síntomas de llegar a padecer las consecuencias del SB.

Se puede entender que después de completar todo el proceso de este proyecto, los resultados demostrarán que de la muestra escogida de los profesionales de la salud se podría detectar algún caso de SB, y de ahí sería factible relacionar la importancia que tiene el desarrollo de esta investigación para las instituciones, personal y usuarios del servicio de los hospitales y qué tan necesario es tomar medidas de prevención a nivel organizacional, colectivo o individual.

Considerando cada una de las variables del cuestionario de Salud General GHQ-28, ninguno de los dos grupos de profesionales presenta casos importantes. De ahí que, se puedan establecer las estrategias de afrontamiento en las cuales los médicos utilizan el afrontamiento afectivo, la aceptación y la religión como instrumentos para paliar de alguna forma la presencia del estrés. En el grupo de las enfermeras, sus herramientas son en primer plano la religión, apoyada por el afrontamiento afectivo y la autodistracción.

Si se revisa el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y sus resultados, los médicos utilizan el apoyo instrumental que se refiere en las diferentes acciones directas, con la finalidad de ofrecer ayuda cuando los demás la necesitan; seguido de amor y cariño, que se consideran demostraciones afectivas hacia los demás y hacia el profesional; también se apoyan en las relaciones sociales, aspecto para el cual resultan muy útiles las redes sociales. Para el grupo de las enfermeras es primordial el desarrollo de las relaciones sociales a través de sus redes sociales, como también las demostraciones de afecto de amor y cariño; por último, el apoyo emocional, que comprende la confianza, la empatía, el cuidado y el amor. Este tipo de apoyo es uno de los más importantes. En los diferentes ámbitos donde se desarrollan los profesionales, sean estos familia, amigos o trabajo, es importante el apoyo social, ya que se benefician no solo las personas directamente implicadas, sino que favorece a las personas que se relacionan con ellas, como sus cuidadores, su familia, entre otros.

En cuanto a los rasgos de personalidad de la muestra, se destaca sobre los otros, la extroversión, que es un tipo de personalidad que demuestra estar abierta a cambios, le atraen los retos, están siempre de buen ánimo. Se trata de

una personalidad que concuerda en relación directa con las conclusiones globales del estudio porque se puede ver en cada instrumento aplicado cómo los resultados demuestran que el grupo actúa positivamente para evitar los síntomas del SB.

CAPITULO 1
MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DEL BURNOUT

Desde el punto de vista psicológico se menciona que los factores que hay que considerar cuando se trata de hacer una investigación sobre el SB son: sintomatología, curso, antecedentes de un acontecimiento capaz de producir una reacción a un estrés agudo y la presencia de un cambio vital significativo que da lugar a situaciones desagradables persistentes, que llevan a un trastorno de adaptación. Cuando la respuesta del estrés es demasiado frecuente, intensa y duradera, puede tener repercusiones negativas, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (1994).

1.1. Conceptualización del SB

En el concepto de desgaste profesional se sobreentiende que, de por sí, hay un proceso en deterioro, sin embargo, este fenómeno afecta de diferente forma debido a las diferencias individuales y el contexto que rodea a cada uno de los sujetos; de ahí que, se generalizó el hecho de que los diferentes teóricos tuvieran también diferentes opiniones sobre cuál era la real definición de este fenómeno y se han barajado varias nociones que han ido tomando cuerpo a lo largo de varias décadas. En términos generales, el término Burnout se refiere al desgaste profesional que sufren los trabajadores debido a condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales; en la actualidad, es un término muy difundido a nivel internacional y muchos lo califican como la plaga del siglo XXI.

1.1.1. Década de los años 70 del siglo XX

Mc-Grath (1970) define el estrés como "un desequilibrio sustancial (percibido), entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo), bajo condiciones en las que el fracaso ante esta

demanda posee importantes consecuencias (percibidas)". Freudenberger (1974), en cambio, describe el SB como una "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, que ocasiona la adicción al trabajo". Pines y Kafry ((Pines et al. (1981) Rosales Ricardo)1978), como "una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal".

A partir de los años 70 se comenzó a investigar qué ocasionaba ese sentimiento crónico de desánimo, de apatía, de despersonalización, y se descubrió que se trataba de un problema que afecta principalmente a los trabajadores que tienen como responsabilidad dar servicios de atención personalizada, que pierden el sentido de su relación con el trabajo, de manera que las situaciones que se dan carecen de interés y cualquier esfuerzo parece inútil y sin provecho.

1.1.2. Década de los años 80 del siglo XX

Machlowitz (1980), 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". Pines *et al.*, señalaron en 1981 que el *burnout* es "el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes". Maslach y Jackson (SB, 1981), entienden: "que el *Burnout* se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal".

En esta década se empieza a definir el SB, como una devoción exagerada a la obligación de servir a los demás, que enfatiza el agotamiento psíquico y cansancio físico. Se considera el SB como una forma de responder a estresores crónicos en el trabajo, que están presentes cotidianamente, a diferencia de lo que ocurre con las crisis agudas; y, si bien, es un fenómeno individual se encuentra inserto en un contexto de relaciones sociales complejas que afectan la concepción personal de sí mismo y de otros; que no tienen una relación directa con otros constructos de índole psicológica y, por ende, no se solapan unos con otros.

1.1.3. Década de los años 90 del siglo XX

McKight y Glass (www.estres.edusanluis.com) (1995), Leiter y Durup (1994) y Hallsten (1993), demuestran a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología son distintos, aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías. Según Gil-Monte y Peiró (1997), hay diferentes explicaciones y aproximaciones al fenómeno. Pines y Aronson (1998), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda y lo describen como un estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo, en situaciones con demandas emocionales. Esto pone de manifiesto que el SB es un problema individual, social y académico, de aceptación social, que dio inicio a una fase de estudio esencialmente clínico, orientado hacia la descripción de los diferentes síntomas que se manifiestan en quienes lo padecen.

1.1.4. Primera década del siglo XXI

Para García Ucha (2000), el *burnout* es el impacto de la percepción de estrés sostenido durante años de trabajo, por una persona, que se refleja en el estado emocional, despersonalizándola, agotándola

y reduciendo su percepción personal. Según Aranda (2006), la palabra *burnout* es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y sin ilusión por el trabajo. Al respecto, cabe señalar que existen muchas ocupaciones o empleos que se relacionan con el servicio humano, en cuya actividad establecen una relación de ayuda, tales como médicos, enfermeras y profesores. Estas profesiones conllevan estados de agotamiento de energía tales, que los trabajadores terminan abrumados por los problemas de otros. Dicho fenómeno ha sido descrito como síndrome de *burnout* (Garcés, 2005).

1.1.5. Desde 2010 a la fecha

La definición más conocida es la de Pines, Aronson (www.scielo.org.mx) (2011): "...una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente." En general, para que el sujeto padezca este síndrome debe tener una carencia inicial, una actitud no existencial de raíz psicológica que puede llevar a la enfermedad (Längle, 2010). El SB (desgaste profesional) es una respuesta a la tensión habitual en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con resultados perjudiciales a nivel particular y estructural, que ha estimulado mucho interés en las últimas décadas en el entorno de la medicina y la psicología, (Ocanto, 2012).

En resumen, en los últimos 40 años se han realizado numerosas investigaciones, desde diferentes aproximaciones, sobre el SB, las cuales han intentado, inicialmente, delimitar el concepto y generar modelos explicativos, pasando posteriormente a un acentuado interés por la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de esta

problemática, sin dejar de lado la prevención y promoción de la salud ocupacional.

1.2. Fases del SB

Como se observa, el SB afecta a casi todos los sujetos que están expuestos a un permanente estrés, por lo tanto, es factible afirmar que existe un desarrollo procesual en respuesta a la vivencia del día a día de las situaciones especiales que tienen los individuos y se da en una escala secuencial de la forma como se produce la aparición de los síntomas de cada uno. Por lo tanto, las diferencias individuales de los sujetos hacen que existan varias opiniones de diferentes autores como se puede apreciar.

1.2.1. Golembieswki, Munzenrider y Carter (1983), plantean que el “desarrollo de SB tiene una progresión secuencial en el tiempo, en la cual la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo del otro, que se inicia con actitudes de despersonalización como mecanismo disfuncional de afrontamiento de estrés”. Sin embargo, no queda clara la forma en que un sujeto se recupera desde la fase 8, si de forma aguda o crónica. Las tres dimensiones no contribuyen, por igual al SB.

1.2.2. Leiter y Maslach (1988), señalan que “los sentimientos de cansancio emocional son el elemento central del SB, generando despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, además de otras consecuencias”. Como consecuencia del estrés generado en las horas laborales, los trabajadores empiezan a desarrollar sentimientos de agotamiento emocional que, con el curso de los años, da lugar a la presencia de una actitud despersonalizada hacia los diferentes individuos con quienes tienen contacto a diario y, por ende, los trabajadores pierden el compromiso personal y disminuye su nivel de realización personal con el trabajo. El agotamiento emocional sería la dimensión que

predomina en el SB, después estaría la despersonalización y, por último, se da la reducida realización personal. En otras palabras, sería la dimensión que ocasionaría la baja realización personal y la despersonalización; además, esto sería complementado por las interacciones que cada dimensión mantenga con los diversos componentes organizacionales como la competencia, la autonomía y la interacción con el cliente.

1.2.3. Leiter (1993) “reformula su planteamiento como consecuencia de unos trabajos que realiza en los que como resultado del análisis de las relaciones entre las dimensiones del MBI y un grupo de variables antecedentes y consecuentes del Síndrome de Burnout, obtiene que la relación entre la Despersonalización y Realización Personal en el trabajo no resulta significativa”. Finalmente, sostiene que el SB estaría dado en un principio por el cansancio emocional y que como consecuencia de este, el sujeto reacciona aislándose mediante la despersonalización; de esta manera, el trabajador pierde su compromiso con el trabajo y aumenta su agotamiento, lo que trae como consecuencia una disminución de la sensación de realización personal. Para este teórico, los sentimientos de despersonalización no están directamente relacionados con el cansancio emocional y realización personal que el empleado tiene con su trabajo. Asimismo, sostiene que la baja realización personal en sus labores profesionales es consecuencia directa de lo que sus labores le ocasionan como demostración del estrés y, a la par, la respuesta a los estresores que se presentan en el trabajo emergen los sentimientos de cansancio emocional.

1.2.4. Lee y Ashforth (1993), subrayan “que tanto la despersonalización como la baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional”. Para estos autores el cansancio emocional es el principal sentimiento que trae como consecuencia la despersonalización y la baja realización

personal y no es la despersonalización la que produzca las otras dos dimensiones.

1.2.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), indican “que el proceso de *burnout* comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización”. Estos autores consideraron que las perspectivas descritas anteriormente contenían muchas insuficiencias e integran las cogniciones y emociones entre el estrés laboral percibido y las actitudes y conductas como respuesta. En el desarrollo del SB, las dos primeras dimensiones: sentimiento de baja realización personal durante el ejercicio de sus labores de trabajo y el agotamiento emocional, conducen a un alto desarrollo de despersonalización.

1.3. Consecuencias del SB

1.3.1. En la salud

El modelo **Golembieswki y Munzenrider (1988)** propone “el SB como un proceso virulento que aumenta sus consecuencias negativas según aumenta su virulencia o intensidad”. La propuesta de los autores es que la secuencia real del Burnout, tal como aparece en su nivel de consecuencias sigue el siguiente orden: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional, que tiende a aumentar en función principalmente del cansancio emocional, por lo que debería ser considerado como el elemento más patógeno del proceso y, por ello, el último en aparecer.

Entre las manifestaciones físicas citadas estarían las cefaleas, los dolores musculares y especialmente los dorsales” (Belcastro, 1982). “Los problemas de pérdida de apetito, disfunciones

sexuales, del sueño serían frecuentes en las personas afectadas por el síndrome” (Kahill, 1988). Shiron (<http://www.centrodesaluddebollullos.es>) (1989) considera “que la manifestación más habitual sería la fatiga crónica; y, entre los trastornos psicofisiológicos estarían los trastornos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios

Lo más preocupante dentro del tema de salud es que –como toda conducta que conlleva una patología–, el SB se presenta con diferentes grados que van desde leve hasta extremo, y cada uno con un comportamiento progresivo en la medida que avanza el SB. Por lo tanto, si no se cuenta con técnicas de adiestramiento oportunas, es más difícil el problema pues las consecuencias que se desprenden exceden el centenar. Al respecto, las desventajas asociadas pueden ser resumidas como sigue:

- **Emocionales:** depresión, indefensión, desesperanza, irritación y apatía;
- **Cognitivas:** pérdida de significado, valores, desaparición de expectativas y modificación de autoconcepto;
- **Conductuales:** evasión de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización y sobre-implicación;
- **Sociales:** evasión de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, aislamiento y formación de grupos críticos.

1.3.2. En el trabajo

Existe un acuerdo, cada vez mayor de que el *burnout* podría definirse como una forma de estrés laboral (Maslach y Schaufeli, 1993), que correspondería a la última fase del proceso de estrés formulado por Selye (1956), a un tipo de estrés laboral crónico. Firth y Britton (1989), realizaron un “estudio en 106 profesionales

de enfermería sobre la Capacidad de predicción de la rotación y el absentismo, a partir de los niveles de Burnout, de la ambigüedad de rol y de la supervisión efectuada en un periodo de dos años. La primera variable predecía la frecuencia de las ausencias cortas en los doce meses subsecuentes y la percepción de falta de apoyo por los supervisores predecía las ausencias de más de cuatro días, mientras que el cansancio emocional predecía las ausencias de más de siete días en los doce siguientes meses”.

“Se ha encontrado que diferentes medidas relativas a la cantidad de trabajo están vinculadas a la aparición del Burnout” (Leiter, 1991). En principio, parece que la carga de trabajo y el nivel de demanda experimentado, se asocian especialmente con el cansancio emocional, mientras que estarían menos vinculados a las conductas de despersonalización y a los sentimientos de disminución en la realización personal. En este campo, hay que considerar que las condiciones de trabajo suelen implicar turnos rotativos y la realización de guardias, junto con horas de trabajo extendidas que afectan en un alto porcentaje a los hábitos de salud más importantes como las horas de sueño o los estilos de alimentación.

Entre los hábitos que más consecuencias negativas trae a los profesionales de la salud, está la disminución de horas de sueño porque supone un gran riesgo que suele afectar el área emocional e incidir en el aumento de accidentes laborales; y, deteriorar, sin duda, la calidad del trabajo a la hora de atender a los pacientes. Finalmente, habría que añadir el hecho real de que, la retroalimentación que procede de los pacientes y su contexto familiar, como las quejas e incluso acusaciones, influyen definitivamente en el desgaste personal y profesional.

1.3.3. En la familia

El desgaste profesional afecta directamente al entorno familiar, deteriora las relaciones y aumenta los conflictos; de ahí la frecuencia con la que se puede constatar la existencia de familias con dificultades de interacción radicadas principalmente en la comunicación, con mucha hostilidad y familias francamente disfuncionales. Esto es una realidad, y así lo demuestran los autores consultados:

“El conflicto familia versus trabajo aparece cuando las presiones de la familia y el trabajo son incompatibles” (Greenhaus y Beutell, 1985). De ahí, que “La importancia que en los últimos años se está dando a la conciliación familiar y laboral ha generado un aumento de este tipo de estudios, sobre todo en cuanto al conflicto trabajo-familia” (Eby et al., 2005). También habría que considerar que “Entre los oficiales de la policía se ha encontrado que el cansancio emocional se asocia a conductas domésticas de irritación, disgusto y tensión” (Jackson y Maslach, 1982). Por último, “Se ha encontrado igualmente que quienes refieren niveles altos de Burnout suelen informar de menores niveles de satisfacción en las relaciones de pareja” (Burke y Greenglass, 1989).

En la actualidad, y debido a las diferentes circunstancias con las que se enfrentan, muchos profesionales se tropiezan con el gran dilema que surge cuando tratan de cumplir a cabalidad sus diversos roles: en la vida, en la familia y en el trabajo. Con frecuencia, no logran atender a todos de modo equitativo, y ni siquiera a sí mismos, porque el tiempo no les alcanza para cumplir sus metas. Particularmente, la vida laboral de los servidores de la salud, por la propia dinámica del trabajo, presenta mayores niveles de exigencia a sus trabajadores, y esa permanente presión origina que estos servidores sean más dependientes de su trabajo.

En este contexto, las relaciones familiares resultan bastante afectadas por las consecuencias del SB, en lo relativo a la

dimensión de la despersonalización, que desemboca en el endurecimiento de los sentimientos y que, por supuesto, influye negativamente en las relaciones familiares.

1.4. Modelos explicativos del SB

Para exponer con mayor claridad la etiología del SB se han desarrollado una serie de modelos explicativos basados tanto en las diversas variables involucradas, como en sus diferentes niveles de importancia. Estos modelos se encuentran explicados en diferentes teorías, como las siguientes:

1.4.1. Modelos basados en la teoría socio-cognitiva. Estos modelos recogen las ideas de los siguientes autores:

1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983)

(sentimientos de competencia). Martínez (2010) afirma que “se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la competencia percibida como función del SB” (p.14). Los sujetos que se encuentran dentro de este modelo consideran sus labores profesionales iniciales con mucho impulso, como una manera de estar motivados y tener fuertes deseos de desarrollar sus responsabilidades con constancia y consistencia. Esto puede perdurar en el tiempo, siempre y cuando el ambiente de trabajo lo permita y haya la apertura para plasmar su parte creativa; pero, si por el contrario, en el transcurso de los días se tropiezan con situaciones que les impiden el desarrollo de sus actividades, llegan a sentirse totalmente desmotivados, lo cual los lleva a la aparición del SB. Por lo tanto, sería importante lograr que en las instituciones donde se desempeñan este tipo de sujetos, se dispongan planteamientos específicos a modo de información, para que sus objetivos laborales sean realistas y, de ser necesario, cuenten con criterios de ajuste entre lo que espera la institución, las expectativas de la persona y su capacidad profesional, a fin de que, el rol a su cargo no sea ambiguo, no haya recargo laboral, ni conflictos

interpersonales; además, que los recursos estén disponibles y exista una constante retroalimentación.

1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993) (autoeficacia)

Según Martínez (2010), este modelo se basa “en que la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto; sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico, es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del SB” (p.15). Este autor explica las relaciones entre el desempeño de la tarea, los sentimientos subjetivos de éxito o fracaso que experimenta el sujeto tras el desempeño y las consecuencias que se derivan para su autoestima, motivación, satisfacción e implicación laboral; además, subraya que se llega al SB desde el estrés laboral por un proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante y distingue tres fases: estrés, agotamiento y agotamiento defensivo. Al respecto, se podría acotar que los sujetos que se desarrollan dentro de este modelo son personas que se sienten motivadas por el logro de sus objetivos o metas; y que la ejecución de las tareas, llevadas a buen término en los plazos establecidos, son razones suficientes para que sus ejecutores se sientan realizados, lo cual refuerza positivamente su autoestima y derivados. Por el contrario, cuando estas expectativas no se cumplen, el sujeto se desmotiva psicológicamente y su autoeficacia se debilita. En consecuencia, se empieza a desarrollar el SB, aunque los trabajadores que tienen un alto sentimiento de autoeficacia se sientan capaces de salir airosos de cualquier situación amenazante.

1.4.1.3. Modelo de Pines (1993) (sentido existencial)

“Pines (1993) ha desarrollado un modelo similar al de Harrison, con la excepción de que incorpora la idea de que solo los trabajadores que intentan darle un sentido existencial a su trabajo llegarán al *burnout*, es decir, los profesionales que justifican su existencia por la labor de carácter humanitario y de ayuda que desarrollan en

su trabajo”, Martínez (2010, p.15). Este modelo considera que solo se queman aquellos sujetos con alta motivación; sin embargo, evidencia una contradicción: si el sujeto tiene su motivación alta, sus expectativas también son altas, y cuando esas expectativas no se cumplen llega a la frustración, Esto suele dar lugar a un agotamiento, físico, emocional y mental causado por tener que afrontar estas situaciones de estrés crónico junto con expectativas muy altas. Por consiguiente, aparece el SB y se presenta un sentimiento de frustración que deriva en que el empleado disminuye su nivel de adaptación.

1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993) (Autoconciencia) “Destaca cuatro factores implicados en la aparición del *Burnout*:

- Discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto;
- Nivel de autoconciencia;
- Expectativas de éxito personal;
- Y, sentimientos de autoconfianza. Y, señala que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso” (Lara 2013, p. 78) Los sujetos que se desarrollan dentro de este modelo se caracterizan por tener un alto grado de autoconciencia, una exagerada tendencia a auto percibirse y por consiguiente observan mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia. Asimismo, cuando los trabajadores son altamente sensibles ante un fracaso, se valen de la estrategia de una retirada mental o de conducta; pero, además, cuando los profesionales no pueden desarrollar estas conductas de abandono experimentan sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional.

1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

“La teoría de Intercambio social se refiere a la igualdad o justicia en la forma equitativa de repartir algo entre algunas personas, o también

como es el trato de las personas. Si los sujetos están satisfechos con lo que reciben siempre estarían motivados porque consideran que han recibido lo justo de acuerdo con el grado de esfuerzo realizado” Stacey Adams (1963)

1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli

(1993), Buunk y Schaufeli (1993) asumían que la falta de reciprocidad, o una relación de ayuda no equilibrada, consume los recursos emocionales del profesional y eventualmente conduce al agotamiento emocional (Revista de Psicología, 2005, pp.15-35). Son tres las fuentes de estrés que según estos autores tienen una relación directa con los procesos de la teoría del intercambio social:

- Los sujetos no poseen claridad sobre los pensamientos y sentimientos al momento de actuar, es decir, hay incertidumbre;
- Los sujetos deben encontrar un equilibrio para que perciban que existe equidad;
- Los trabajadores deben tener la capacidad de controlar sus acciones laborales y sus resultados. La incertidumbre que genera este modelo es porque el profesional no sabe a ciencia cierta hasta qué punto deben involucrarse con los pacientes, cómo tratarlos y si sus labores están desarrolladas de la manera adecuada. También se encuentra latente el fenómeno de el contagio del síndrome que significa que algunos sujetos se contagian/adoptan los síntomas que tienen el resto de sus compañeros. Los profesionales de enfermería no buscan el apoyo de sus compañeros porque no quieren que sus acciones dentro del ámbito laboral sean criticadas o los califiquen de no estar capacitados para desempeñar sus funciones. Cada una de estas situaciones contribuye al no ser resueltas adecuadamente, y a que se genere por consiguiente, sentimientos de estrés laboral o burnout.

1.4.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy (1993)

“El modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy indica que el estrés surge cuando los profesionales sienten que aquello que les motiva se ve amenazado. Los estresores laborales producen inseguridad en los trabajadores al poner en duda sus capacidades y recursos para alcanzar los objetivos propuestos” Alonso, (2014), p.19) Como esta teoría es de tipo motivacional, es conveniente que los recursos de los trabajadores se aumenten para que, en consecuencia, los niveles de estrés que causa el burnout se reduzca; es importante también que las relaciones con sus supervisores, compañeros y personas con las que colaboran paralelamente se manejen de manera cordial y amistosa. Como estrategia de protección, los empleados que se encuentran bajo este modelo consideran que es mejor tener unos niveles mínimos de recursos que conseguir extras, ya que su pérdida es para ellos más importante que poder ganar más y esto ocasiona la aparición del SB.

1.4.3. Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional Como teoría organizacional, sus características principales son, junto con la forma de hacer frente a situaciones amenazantes, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional. Se da más importancia a los estresores porque profundizan la importancia de estos en el entorno de las instituciones organizacionales.

1.4.3.1. Modelo de Fases de Golembieswki, Munzenrider y Carter (1988), “proponen que el desarrollo de este fenómeno es progresivo y que se desarrolla en ocho fases que surgen a partir de las diferentes dimensiones puntuadas en el MBI” (Valdivieso, 2013, p.16). De acuerdo con esta cita, el SB puede aparecer de

una forma aguda o su evolución se vuelve crónica más lentamente. Esto se puede analizar mejor, entendiendo de alguna manera la forma cómo el individuo actúa frente a los diferentes contextos que lo generan. Una sobrecarga de trabajo anudado a una pobreza de rol, son las situaciones que más tarde generan un sentimiento de baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización.

1.4.3.2. Modelo de Cox, Kik y Leiter (1993): Estos autores sugieren, “desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias; y, que si el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este síndrome, la despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador”, (Martínez 2010, p.18). Como el trabajador necesita utilizar estrategias de afrontamiento, y a veces estas no dan el resultado esperado, es cuando aparece el estrés laboral. Entre las variables que se pueden encontrar en este modelo serían sentirse gastado, y sentirse presionado y tenso. Nos encontramos con que estas variables están en relación directa con la evaluación de los estresores, la reacción emocional que presenta el trabajador y cómo responde ante la situación.

1.4.3.3. Modelo De Winnubst (1993): En este, “la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social I.” (Martínez, 2010, pag.18). Está directamente relacionado con la estructura de la cultura organizacional del apoyo social y, en consecuencia, una mala estructura organizativa puede provocar problemas a la hora de afrontar la problemática. Winnubst (1993), Golembieswki y Cols (1993-1986), afirman “que el burnout puede

aparecer a nivel de cualquier tipo de profesionales, y no solamente a los que laboran en las áreas de salud”.

1.4.4. Modelos sobre el proceso del SB Ya que se considera que el SB es un estado que se caracteriza por conductas y sentimientos asociados al estrés, existen en la actualidad una multiplicidad de modelos que describen la evolución del síndrome en contextos laborales, de donde se deriva que este es un proceso de interacción del entorno laboral y personal. Entre estos, es posible mencionar los siguientes:

1.4.4.1. Modelo Tridimensional de Maslach y Jackson (1981). La baja realización personal es conceptualizada como la disminución de su autoestima, frustración de expectativas, manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognitivo y comportamiento. Como agotamiento emocional se entiende que es una respuesta al estrés, un mecanismo de defensa extremo que la mente humana pone en marcha cuando no puede asimilar las situaciones que está viviendo. Aparece una pérdida de energía, fatiga a nivel físico y psíquico. Y como despersonalización, se entiende una presentación de actitudes negativas en relación con los pacientes, usuarios o clientes. Aparece un aumento de la irritabilidad y también baja motivación que puede llegar a un endurecimiento de las relaciones y a deshumanizar el trato con los demás. Sobre la base de este enfoque, se elaboró el MBI (1981) diseñado para diferentes grupos profesionales, como: servicios humanos, educación (en el que solo se altera el término “recipientes” por el de “alumnos”) y, en los últimos años se publica la versión genérica que puede aplicarse a cualquier profesional. Se comprende que con esta última escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto con puntuaciones de corte para distintos grupos profesionales.

1.4.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980): Estos autores proponen un modelo progresivo, considerado como un proceso de pérdida de ilusión del trabajador hacia su actividad laboral y

destinado a las profesiones de ayuda que recoge las siguientes cuatro fases:

- **Etapa de idealismo y entusiasmo** Fase inicial, alto nivel de energía por el trabajo con expectativas poco realistas, involucramiento excesivo y sobrecarga de trabajo voluntario movilizado por motivaciones intrínsecas, no reconoce límites internos y externos. La frustración de las expectativas de esta etapa lleva al sujeto a la desilusión y pasa a la siguiente etapa.
- **Etapa de estancamiento** Pierde el idealismo y el entusiasmo porque ocurre una disminución en las actividades desarrolladas y empieza a darse cuenta de que necesita hacer algunos cambios. Las dificultades al tener que repensar en su vida profesional pueden hacer que pase a la otra etapa.
- **Etapa de apatía** Como consecuencia de la falta de recursos personales del individuo para hacerle frente a la frustración aparece la etapa de la apatía. El núcleo central de SB se considera a esta etapa. Todo esto conlleva a que aparezcan problemas emocionales y de comportamiento, pero también fisiológicos, que llevan al individuo a pensar en apartarse de la situación; por consiguiente, evita el contacto con las personas. Si esta situación es repetitiva, automáticamente, lo lleva a la última etapa.
- **Etapa de distanciamiento** El individuo tiene una frustración crónica, que le ocasionan sentimientos de vacío y distanciamiento emocional; profesionalmente se siente desvalorizado y por consiguiente no arriesga la seguridad que puede tener en su trabajo porque cree que sus compensaciones de sueldo justifican su situación cognitiva de pérdida de satisfacción.

1.4.4.3. Modelo de Price y Murphy (1984), “se centra básicamente en la naturaleza adaptativa del SB, en su modelo de fases, la culpa aparece a partir de la labilidad emocional producida por la desorientación; a su vez la culpa produce un sentimiento de soledad y tristeza”. (Blanco 2014, p. 49). El burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral. Se da en seis fases sintomáticas como lo menciona Feresin, (2009, p. 7):

- **Desorientación**

El trabajador se siente extraño ante su nueva situación laboral, mide sus capacidades y recursos en contraposición con las demandas, percibe que “no llega” y se siente desorientado.

- **Labilidad emocional**

Se producen cambios afectivos influenciados por el grado de apoyo emocional y la actitud de distanciamiento hacia los demás.

- **Culpa debido al fracaso profesional**

Sentimiento derivado de la baja auto-consideración profesional.

- **Soledad y tristeza**

Que si se supera puede desembocar en la siguiente fase. Una vez llegado a esta cuarta fase el proceso puede perpetuarse o superarse. Si se logra superar se observan las fases siguientes.

- **Solicitud de ayuda**

- **Equilibrio**

Vuelta al equilibrio (homeostasis).

1.4.5. Modelos de la Teoría Estructural (1995): Como estas teorías están basadas en los modelos transaccionales donde se establece que el estrés psicológico (Lazarus y Folkman, 1986) “es una relación particular entre en el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus

recursos y que pone en peligro su bienestar”, se entiende que en el burnout hay antecedentes de tipo personal, interpersonal y organizacional. El Modelo de Gil-Monte ayuda a tener más información:

1.4.5.1. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel: Según los autores, este modelo se refiere tanto a la etiología del síndrome como también a todo el proceso y, por consiguiente, a las consecuencias que de este se derivan. En otras palabras, es una respuesta ante la percepción que tienen los individuos ante el estrés laboral, después de que han utilizado las estrategias de afrontamiento y no han tenido el resultado esperado. Estas consecuencias pueden ser falta de salud, baja satisfacción laboral, dudas en abandonar la fuente de trabajo.

1.5. Prevalencia del SB

1.5.1. A nivel mundial

En el Instituto de Investigación de Salud Ocupacional de la Universidad de Guadalajara, México, se realizó un trabajo de investigación sobre *el síndrome de burnout o de quemarse en el trabajo: conflicto en la salud de los profesionales*, que reflejó como resultado que en cuanto a los porcentajes revelados sobre el síndrome de burnout en los médicos, como prevalencia, se perciben cifras que giran desde un 12%, 21,6% y 41,6% en médicos de atención primaria (Dickinson y cols, 2007; Matía y cols, 2006; Castañeda y García de Alba, 2010) respectivamente. Asimismo, se dan a conocer cifras del síndrome en profesionales de la salud que van desde el 31% (Ordenes, 2004) hasta un 36,6% (Grau y cols, 2008) y un 42,2% (Corredor y Monroy, 2009).

En el trabajo “Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar”, realizado entre el personal sanitario de varias categorías laborables (pediatras, médicos generales, auxiliares de

enfermería...), que desempeñan sus labores profesionales en diferentes centros de salud en la ciudad de Santa Cruz de Tenerife, se llegó a la conclusión de que la prevalencia de desgaste profesional en estos participantes, mostró un grado moderado. En la dimensión de cansancio emocional solo un 27% de los profesionales registró puntuaciones altas; en cambio, en la dimensión de despersonalización el porcentaje fue un poco más alto, el 30% y por último en la escala de realización personal el 24% registró puntuaciones bajas.

La tasa de prevalencia del síndrome de Burnout es variable respecto del grupo ocupacional. En España, la tasa de prevalencia se considera alta. Entre el 10 y 20% del personal sanitario español padece del trastorno, de acuerdo con el informe de la Fundación Prevent; en Barcelona. Fluctúa entre 17.83% en enfermeras y 71.4% en médicos.

1.5.2. A nivel de Latinoamérica.

La Revista Cubana de Salud Pública publicó un estudio transversal que investigó a 287 profesionales de la salud del Municipio de La Habana, donde aplicaron a médicos y enfermeras, tres cuestionarios: Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno. Escala de Síntomas de Estrés, de Aro; e Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang. Se encontró que la prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y síntomas de estrés de 50%. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas y enfermeras.

En 2009, la Universidad de Girona España realizó una investigación sobre el síndrome de Burnout en profesionales de la salud Hispanoamericanos, incluido el Ecuador, para comprobar la prevalencia del Burnout entre los profesionales sanitarios de

países de habla hispana y explorar su relación con características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores. La muestra fue de 11530 profesionales de salud de varios países: España, Argentina, Uruguay, México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y el Salvador. Entre los resultados se encontró una prevalencia del 4% en Ecuador, en España y Argentina la prevalencia es mayor de 14.9%. Se encontró que la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorada, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica son variables protectoras contra el Burnout (Graw, Flichtentrei 2009 y otros).

En Perú, se presenta con mayor prevalencia en médicos (varones) y en enfermeras (mujeres). El SB es asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional. Los elevados índices de estrés y la sensación de sobrecarga laboral en profesionales de la salud, indican que probablemente, se trate de un problema de salud ocupacional mayor, que compromete tanto la eficacia organizacional como la efectividad de la atención al usuario (Gamonal, García, & Silva, 2008) (Ibañez, Vilaregut, & Abbio, 2004).

Otra investigación realizada en Chile con las profesionales de Enfermería que trabajan en las unidades críticas en los Hospitales de la Octava Región de ese país, determinó: que el grupo de profesionales que tenía entre 50 y 59 años de edad, presentaron niveles más elevados de cansancio emocional (29,86%), en relación a los profesionales en otros rangos etarios (Gamonal, García y Silva, 2008).

1.5.3. A nivel de nacional

En el Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, se realizó un estudio, que incluyó a 134 médicos residentes durante el periodo de marzo a julio del 2002, en el cual se observó una prevalencia del 42,5%, siendo esta, la más alta encontrada en el Ecuador. Las diferencias observadas en las tasas de prevalencia se pueden deber al tipo de la muestra estudiada, a su tamaño, a la carga horaria del profesional, la demanda de pacientes y las condiciones laborales de cada Institución. (Gonzales-Luzuriaga, 2013 pag.15). La investigación realizada en el Hospital Militar de Cuenca durante los años 2011- 2012 revela que el 13.33% de los profesionales médicos y enfermeras presentan síndrome de Burnout". (Peralta Zambrano, 2012).

Los años de experiencia laboral no presentaron una significancia estadística en la presencia de Burnout o sus subescalas, se observó que el grupo de profesionales con menor experiencia laboral presentaba puntajes más elevados para Burnout (64.63%), cansancio emocional (21.42%) y despersonalización (9.71%), que el resto de profesionales. A su vez los que tenían mayor experiencia laboral presentaron niveles más elevados de baja realización profesional. (Rodríguez, Cruz, & Merino, 2008)

En la Investigación, denominada: La Depresión entre Trabajadores de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Eugenio Espejo se encontró que: 27% presentaron depresión (a consecuencia de las situaciones que revelan la gran carga emocional a la cual están expuestos los profesionales), sentimiento de empeorar en relación con sus debilidades y errores, sentimientos de culpa por sus fallas; 30% informaron que acostumbran a llorar más que lo de costumbre; el 40% dijeron sentirse irritados todo el tiempo; 43% corresponde a los trastornos del estado de ánimo, estos a su vez tienen como característica principal una alteración del humor, afirmaron no dormir tanto como

acostumbraban; y, 50% se cansaban con más facilidad que de costumbre (Vargas, 2011).

La investigación, El síndrome de Burnout afecta a los profesionales de Enfermería, que trabajan brindando cuidados a pacientes en estado crítico, permite identificar factores ambientales e individuales con el fin de generar estrategias para la prevención, y evitar un ambiente laboral enfermo, lo que posibilitará al profesional de Enfermería brindar una atención holística, eficiente y eficaz a los usuarios, una buena calidad de vida a los profesionales que brindan la atención y un ahorro de costos para la institución y sociedad en general (Abarca, Ourcilleón, & Puentes, 2007).

Como se puede apreciar, el SB a nivel nacional no es la excepción: se nota claramente, por la lectura de estas citas, que es preocupante la alta prevalencia del síndrome de burnout. Por la investigación realizada a lo largo de este trabajo ya se tiene bastante claro cuáles son los síntomas y repercusiones que trae el desarrollo del SB en los sujetos, a nivel individual, grupal y organizacional. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se han estado implantando en el sistema sanitario ecuatoriano, todavía hay muchas debilidades en lo que se refiere al campo de contrataciones, la gestión de talento humano, la mejora de las condiciones de trabajo, por lo que se hace urgente y necesaria, una gestión conjunta de las autoridades encargadas de los Ministerios que inciden en el contexto laboral, así como una transformación que genere cambios es su política enfocada en brindar, garantías laborales y un entorno favorable para el óptimo desempeño de las actividades profesionales; y, a nivel local, desde la gerencia de la organización, a través de las áreas de Gestión del Talento Humano.

1.6. Variables asociadas del SB

Una variable es una propiedad que puede adquirir diversos valores y cuya variación es susceptible de medirse, por ejemplo: sexo, edad, rendimiento laboral, eficiencia en el trabajo, horas de trabajo, remuneración, beneficios laborales, constitucionalidad de una ley, entre otros. Nosotros hemos analizado:

1.6.1. Sociodemográficas

Aunque las variables sociodemográficas no pueden dar cuenta de toda la adherencia, juegan un papel importante y son las más registradas por los autores a la hora de estudiarlas, cabe citar: sexo, edad, origen étnico, nivel de estudios, ocupación, convivencia y número y edad de hijos u adultos a su cargo. En un estudio sobre la prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia, (Alvarez y Prieto 2013) donde se estudiaron las variables sociodemográficas, que se relacionan con la aparición del SB, los resultados obtenidos –en cuanto a factores personales de los profesionales–, mostraron que de las 22 personas seleccionadas un 86,4% corresponde al género femenino y un 13,6% al género masculino. Con respecto a la edad se obtuvo una edad mínima de 24 años y máxima de 56 con una media de 39.22. Por grupos etarios, el 36,4% de las enfermeras(os) tienen entre 20 a 30 años, un 22.7% se encuentra entre los 41 y los 50 años, porcentaje que se repite para el grupo de edades entre los 51 y 60 años; finalmente un 18.2% de la población se encuentra en el grupo de edad de 31 a 40 años. En cuanto al estado civil un 40,9% son casadas(os), y el mismo porcentaje corresponde para el estado civil soltera(o), un 13.6% viven en unión libre y un 4.5% son separados.

En este mismo estudio, respecto al número de persona que dependen económicamente del profesional se obtuvo un mínimo

de 0 personas y un máximo de 4, con una media de 1,45. Un 27,3% de la población no tienen personas que dependen económicamente de ellos, mientras que un 31,8% de los profesionales tienen 1 persona con dependencia económica, un 18,2% 2 personas, un 13,6% 3 personas y un 9,1% 4 personas. Con referencia al nivel académico del profesional, un 66,3% han realizado estudios de pregrado, el 27,3% han cursado estudios de especialización, y un 9,1% maestría, ninguno de los profesionales encuestados ha realizado estudios de doctorado. Además, el 86,4% no se encuentra estudiando actualmente, mientras que el 13,6% desarrolla estudios de especialización y maestría en la actualidad. En cuanto a si el profesional labora en otra empresa, el 90,9% de las enfermeras(os) no lo hacen, mientras que el 9,1% adicional al trabajo desempeñado en la institución se encuentran trabajando en otra entidad hospitalaria.

En otra investigación realizada entre el Personal de Enfermería de un Hospital de Madrid, Albaladejo et al. (2004) donde también se investigaron las variables sociodemográficas, dio como resultado que la población real estaba constituida por 622 profesionales, de los cuales el 58,7% trabajaban como personal de enfermería y el 41,3% como auxiliares/técnicos. El sexo era mayoritariamente femenino (un 89,1% respecto a un 10,9% de varones), y la edad media de la población fue de 38 y 65 años. En cuanto al estado civil el 54,8% estaban casados o tenían pareja fija; el 36,5% eran solteros; un 7,1% separados o divorciados, y un 1,1% viudos. El 50,5% tenían hijos siendo la media por hogar de 0,93.

Avanzando en la investigación de las variables socio demográficas. Se puede analizar otro estudio (Guerrero,1998) realizado durante el curso 95-96 en la Universidad de Extremadura predomina el género masculino (70%), cuyas edades están comprendidas entre los 35-45 años (43%), casados-as (70%) y aproximadamente la mitad de ellos tienen hijos. Pertenecen al semidistrito de Cáceres

el 45,5% de la población docente y el resto al de Badajoz. El 72,30% son profesores de Facultad y el resto de Escuelas Universitarias. Aproximadamente, el 55% del profesorado es numerario en las distintas categorías laborales. Destaca la categoría docente de profesor Asociado (41%) y los centros que mayor número de ellos albergan son las Facultades de Medicina y Derecho (67% y 44% respectivamente). En lo que respecta al grado de doctor poseen el título, alrededor del 50% del profesorado de la UEX.

1.6.2. Laborales

Apoyo social percibido, estilos de afrontamiento, clima organizacional, satisfacción laboral, satisfacción vital, percepción sobre el trabajo y factores sociodemográficos, son variables laborales. En este campo, las causas de SB son las situaciones estresantes a las que están sometidas las personas en sus ambientes laborales, debido a la interacción y condiciones en las que se encuentran los sujetos que trabajan prestando servicios a otras personas, sobre todo, cuando los motivos que desencadenan la aparición de este síntoma son dadas de manera intensa y duradera, ya que es el resultado de un proceso continuo que se va manifestando, poco a poco, hasta producir en la personas los sentimientos característicos del síndrome.

Las causas específicas para que se presente este síntoma, serían entonces: la naturaleza de la tarea, la variable organizacional e institucional, la variable interpersonal, (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social) y la variable individual (edad, sexo, experiencia, personalidad). En un estudio sobre la Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia, (Alvarez y Prieto, 2013) mencionado en el subtema anterior, viendo los resultados

obtenidos en el estudio en cuanto a factores propios de la tarea se encontró que respecto a los años de experiencia en la profesión existe un mínimo de 2 y un máximo de 33 años, con una media de 14,95. Un 45,5% de la población tiene entre 1 y 10 años de experiencia, un 36,4% entre 21 y 30 años, un 13,6% entre 11 y 20 y un 4,5% entre 31 y 40 años de experiencia. Respecto a la antigüedad laboral, se obtuvo un mínimo de 1 año y un máximo de 33, con una media de 11,4 años. Un 54,5% de la población tiene entre 1 y 10 años de trabajar en la institución hospitalaria, un 31,8% entre 11 y 20 años, un 9,1% cuenta con 21 a 30 años y un 4,5% de 31 a 40 años de trabajo en la empresa.

En la investigación realizada entre el Personal de Enfermería de un Hospital de Madrid, Albaladejo et al. (2004), mencionado en el subtema anterior, con respecto a las variables laborales y de opinión hallamos que el tiempo medio de antigüedad en la profesión fue de $15,43 \pm 8,96$ y en el puesto de trabajo de $7,70 \pm 7,53$. El 67,2% de los participantes en el estudio desempeñaban su puesto de trabajo en calidad de fijos, el 27,3% con contrato indefinido/interino y un 4,8% realizaba suplencias. Al considerar su horario, de trabajo hallamos que el 35% trabajaba en el turno de mañana, el 18,2% por la tarde, el 10,1% por la noche, un 34,6% rotaba y el 1,2% desempeñaban turnos de 12 ó 24 horas.

1.6.3. Personalidad

Una definición actual es que la Personalidad, se refiere a los patrones de pensamiento característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones y que distinguen a una persona de otra, Morris (1992). Por estudios realizados por (Cherniss, 1993; Haack, 1988; Wilson y Chiwakata, 1989) se concluyó que los patrones funcionales que han tenido mayor incidencia en el SB son el patrón tipo A, el locus de control, los estilos atribucionales y las variables

autoconfianza, autoestima y autoeficacia.” Muchas personas permanecen saludables a pesar de experimentar situaciones estresantes (Rowe, 1997).

Sobre este particular se están estudiando los modelos salutogénicos, que son los modelos que se encargan de estudiar qué situaciones, en particular, hacen que unas personas permanezcan sanas a pesar de sus condiciones desfavorables o muy negativas y otras personas desarrollen una específica enfermedad. Se están investigando las variables o características que influyen en que las personas lleguen o no, a presentar síntomas de SB

1.7. Variables Moduladoras ante situaciones del SB

McCrairie y Brandsma (1988) y Gil-Monte y Peiró (1997) hallaron correlaciones positivas significativas entre escalas del MMPI (depresión = .11; introversión = .15; psicoticismo = .09) y una medida de BO (Tedium Measure/TM) en 440 médicos residentes. Lemkau, Purdy y Rafferty (1988) reportaron a su vez que los médicos con personalidad antisocial, agresiva, esquizoide y ansiosa tenían más alto el nivel de agotamiento emocional (AE) y falta de realización personal (FRP), dimensiones éstas del Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Cherniss (1993) afirma que cuando los sentimientos de competencia del individuo se frustran, experimenta diversos síntomas de BO, sentimientos de fracaso psicológico y retiro emocional de la situación.

Las variables de personalidad asociadas a sí mismo (autoconfianza, autoestima y autoeficacia) tienen especial relevancia en el desarrollo del proceso de BO. Respecto a la autoestima, como instancia reguladora de la personalidad, Capilla Puello (2000), considera: “que el robustecimiento

de la autoestima potencia en la persona su salud, su adaptabilidad social y sus capacidades productivas. La autoestima es responsable de muchos fracasos y éxitos. Una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potencia la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumenta el nivel de seguridad personal.”

Después de analizar estas citas, se ve la necesidad de considerar estas variables para que los análisis que se realicen en la toma de decisiones y, sobre todo, en las intervenciones para fomentar este tipo de recursos positivos, se pueden convertir en amortiguadores del Desgaste Profesional. De esto se desprende un nuevo enfoque llamado “Psicología Positiva” que está siendo utilizada últimamente en el campo de la Psicología del Trabajo y Salud Ocupacional.

Este constructo propone cuatro variables personales positivas: Autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia, que junto a la Personalidad Resistente constituyen un recurso individual que aumenta la capacidad de manejar situaciones difíciles y la proactividad personal, lo que favorece el bienestar y un desempeño laboral superior

CAPITULO 2
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

2.

2.1. Objetivos

Considerar las tres dimensiones del SB, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización en médicos y enfermeras para una identificación de la prevalencia del SB e identificar la variable del tipo de personalidad, tomando en consideración la muestra de la investigación que son los profesionales médicos y enfermeras de dos instituciones al norte de la ciudad de Guayaquil.

2.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar la caracterización de la muestra sociodemográfica y laboral investigada en médicos/as y enfermeras y la relación con los rasgos de personalidad en una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017.
- b. Determinar los resultados de los casos del SB.
- c. Resaltar dentro de las dimensiones del SB, la que sobresale por su alto nivel.
- d. Distinguir de la muestra investigada, el malestar emocional dentro del grupo de profesionales
- e. Establecer las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales de la muestra.
- f. Relacionar la importancia del apoyo social para evitar el SB.
- g. Definir los rasgos de la personalidad entre la muestra de los profesionales de la salud.

2.3. Contexto de la investigación

Este trabajo de investigación se realizó en la ciudad de Guayaquil, y contó con la colaboración de dos instituciones dedicadas a brindar cuidados de salud, ubicadas al norte. Estas instituciones prestan servicios privados con la colaboración de profesionales de la salud como médicos y enfermeras, con un

alto nivel científico y tecnológico; y cuentan además con un excelente equipo humano para atención al paciente y garantizar una mejor calidad de vida.

2.4. Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación, el proceso fue el siguiente:

- Establecimiento de contactos (telefónicos, correo electrónico, personales y otros) para conseguir una información más amplia de cuáles eran los requisitos para llevar a cabo la investigación en cada posible institución beneficiaria.
- Envío de cartas de presentación y solicitud dirigida al representante legal de la institución, cumpliendo con ello los requisitos necesarios para conseguir una cita con el departamento correspondiente.
- Entrevista con los ejecutivos respectivos en cada institución, tras obtener la cita. Registro de los datos recogidos sobre los detalles necesarios para levantar la información de los profesionales que iban a colaborar con la investigación.
- Aplicación de los respectivos cuestionarios con el apoyo del personal de las instituciones para hacer el levantamiento de los datos.
- Entrega del bloque de los seis cuestionarios a cada uno de los profesionales de apoyo y explicación de la importancia de responder en forma correcta cada ítem, así como de la necesidad de obtener cada uno de los conocimientos solicitados.
- Solicitud de autorización para utilizar en el trabajo los datos proporcionados por cada uno de los médicos y enfermeras contactados.
- Depuración de los datos de cada cuestionario para que llenara los protocolos que exige este tipo de investigación y para que los resultados analizados sean los más cercanos posibles a la realidad

2.5. Diseño de Investigación

En este caso, el estudio fue exploratorio porque se investiga un tema que necesita confirmación. Cuantitativa ya que el levantamiento de la información se efectuó con instrumentos de aplicación numérica. No experimental, debido a que no fue necesario que se manipule ninguna variable. Se realizó en un ambiente real. Transaccional (transversal) porque permite estudiar varias variables y control de la selección de los sujetos de estudio. Descriptivo porque se busca especificar las propiedades importantes de las personas y se miden independientemente cada una de ellas, y Correlacional porque busca la relación que puede tener una variable con otra.

2.6. Muestra

La muestra que se utilizó para esta investigación fue un grupo de profesionales de la salud, que desempeñan sus labores en dos hospitales de servicio particular, ubicados al norte de la ciudad de Guayaquil.

Fue una muestra por accesibilidad (muestreo por conveniencia) no probabilística (no aleatoria), y accidental (se eligen de manera casual).

Los individuos escogidos para la muestra fueron un grupo de 40 profesionales de la salud, (18 médicos y 19 enfermeras).

Después de la depuración necesaria para quienes cumplieron con los requisitos de inclusión, los resultados de la muestra quedaron como sigue:

Muestra

	Profesión	Profesión
	Médicos	Enfermeras
	N	N
Muestra invitada	18	22
Muestra Real	18	19

Fuente: Grupo de profesionales de salud

Elaborado por: Autora

En la selección de la muestra se consideraron los siguientes criterios:

De inclusión: Profesional titulado en la rama de medicina o enfermería, estar ejerciendo la profesión, tener cuatro años de experiencia profesional y firmar el consentimiento informado.

De exclusión: todos aquellos ajenos a lo previamente descrito.

2.7. Instrumentos

Para obtener el resultado a las diferentes preguntas que se utilizan en la investigación se aplicó una batería de instrumentos apropiados que se detallan a continuación.

2.7.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral *Ad Hoc*

Cuestionario diseñado con finalidad de obtener tanto datos personales como laborales de los profesionales participantes incluidos en la muestra. Resaltan: edad, estado civil, género, profesión, años de experiencia, tiempo de trabajo y nivel de satisfacción (valoración de su trabajo).

2.7.2. El “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de Maslach y Jackson (1981 / 1986)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981a, 1986), es un instrumento conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de siete grados, los tres síntomas o dimensiones que definen el burnout que, según definen estas autoras, son agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal en el trabajo (RPT). En su versión original (Maslach y Jackson, 1981a), la escala para valorar los ítems constaba de dos formas, una de frecuencia y otra de intensidad, en la cual, el individuo debía contestar cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados

con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en este. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad porque Maslach y Jackson consideraron que ambas formas se solapaban, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación. (Olivares, 2016).

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

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididos en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Como instrumento de cribado sugerido para detectar problemas de nueva aparición, la puntuación General Health Questionnaire (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1, a las respuestas de los ítems positivos y 1, 1, 0, 0, para los negativos. Como instrumento de cribado sugerido para identificar problemas crónicos, la puntuación (CGHQ) de los ítems positivos se puntúan 0, 0, 1, 1; y los negativos 0,1,1,1. Entonces, el punto de corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso). Los ítems positivos son A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7, y los ítems negativos son el resto. (López Alonso, Huizing y Lacida, 2004)

2.7.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento. (Lazarus & Folkman, 1984, 1986) (BRIEF-COPE)

El *Brief* COPE, consta de 14 subescalas, de dos ítems cada una.

Los ítems son planteados en términos de la acción y la respuesta que las personas realizan en una escala ordinal con cuatro alternativas (de 0 a 3), entre "nunca hago esto" hasta "siempre hago esto". Esta respuesta puede ser cambiada, si el investigador estuviera interesado en el afrontamiento estado o en el

afrontamiento rasgo. En el primer caso, deberá responder "hice esto" (en relación a una situación dada de antemano); para la opción rasgo se deberá responder "acostumbro a hacer esto".

COPE-28 es la versión española del Brief COPE de Carver (1997) realizada por Morán y Manga (documento sin publicar). Es un inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre "nunca hago esto" a "hago siempre esto" con puntuaciones intermedias.

El Brief COPE consta de las siguientes subescalas: (se añade una breve descripción).

- **Afrontamiento activo:** Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.
- **Planificación:** Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos que debe dar y la dirección de los esfuerzos que debe realizar.
- **Apoyo instrumental:** Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
- **Uso de apoyo emocional:** Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
- **Auto-distracción:** Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
- **Desahogo:** Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- **Desconexión conductual:** Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.

- **Reinterpretación positiva:** Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
- **Negación:** Negar la realidad del suceso estresante.
- **Aceptación:** Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
- **Religión:** La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
- **Uso de sustancias** (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
- **Humor:** Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
- **Autoinculpación:** Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido. (Morán, Landero y Gonzáles, 2010).

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

Es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols., en pacientes participantes del *Medical Outcomes Study (MOS)*, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extra familiar. Los elementos del test fueron seleccionados de una forma muy cuidadosa intentando que los ítemes fueran cortos, fáciles de entender, y restringidos a una única idea en cada caso. Es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

Se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y autoadministrado; permite investigar el apoyo global y sus cuatro

dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado, mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). (Suárez, 2011).

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

Tanto como la versión original, consta de 24 ítems y cuatro subescalas (Extraversión, Neurotismo, Psicoticismo y Sinceridad). Corresponden 6 ítems a cada una de las subescalas. El formato de respuesta es de Sí (1) vs. No (0), con un rango de puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6. Las tres primeras subescalas indicadas miden rasgos de personalidad, mientras que la última evalúa la tendencia a mentir (en realidad evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social; respecto a esta subescala, aunque en la versión original se evalúa el nivel de mentiras, en la versión española, al igual que ocurre con el cuestionario EPQ, se evalúa inversamente, esto es, se calcula el nivel de sinceridad). (Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) 2002, Volumen 7, Número 3, pp. 195-205)

CAPITULO 3

ANÁLISIS DE RESULTADOS

3. Resultados y análisis de datos

3.1. Tabla de características sociodemográficas

Tabla 1. Características socio demográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	6.0	33.3	2.0	10.5
Mujer	12.0	66.7	17.0	89.5
Total de profesionales de la salud	18.0	48.6	19.0	51.4
Edad				
M	49.0		45.5	
DT	10.8		8.7	
Max	75.0		62.0	
Min	36.0		27.0	
Número de hijos/as				
M	2.3		2.0	
DT	1.2		0.8	
Max	5.0		4.0	
Min	0.0		1.0	
Etnia				
Mestizo/a	16.0	88.9	16.0	84.2
Blanco/a	2.0	11.1	2.0	10.5
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	1.0	5.3
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	1.0	5.9	2.0	10.5
Casado/a	13.0	76.5	11.0	57.9
Viudo/a	1.0	5.9	1.0	5.3
Divorciado/a	2.0	11.8	0.0	0.0

Unión libre	0.0	0.0	5.0	26.3
--------------------	-----	-----	-----	------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Autora

A partir de la muestra investigada con el 100 % de los participantes, se aprecia claramente que la participación mejor representada, en ambos grupos, fue la de mujeres, con un porcentaje por 66.7%, entre los médicos/as, y un porcentaje de 89.5%, entre los enfermeros/as.

El promedio de edad de los médicos/as fue de 49.0 años y el de las enfermeras/os fue de 45.5 años. Mientras que, dentro del 48.6% del personal médico, el promedio de hijos fue de 2.3, y del 51.4% dentro de las enfermeras/os fue de 2 hijos. Tanto en el 88.9% de los médicos y el 84.2% en enfermeras la etnia que sobresale es la mestiza. Con respecto al estado civil de las enfermeras, el 57.9 % son casadas y lo mismo sucede dentro del grupo de los médicos, con el 76.5%.

3.2. Características laborales

VARIABLES	Médicos		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	1.0	5.6	5.0	27.8
1001 a 2000	8.0	44.4	13.0	72.2
2001 a 3000	5.0	27.8	0.0	0.0
3001 a 4000	4.0	22.2	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0

Experiencia profesional				
<i>M</i>	21.5		19.4	
<i>DT</i>	10.8		9.9	
Max	43.0		40.0	
Min	4.0		2.0	
Sector en el que trabaja				
Público	1.0	5.6	2.0	10.5
Privado	14.0	77.8	15.0	78.9
Ambos	3.0	16.7	2.0	10.5
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	1.0	5.3
Ocasional	1.0	5.6	0.0	0.0
Plazo fijo	3.0	16.7	2.0	10.5
Nombramiento	8.0	44.4	15.0	78.9
Servicios profesionales	0.0	0.0	1.0	5.3
Ninguno	6.0	33.3	0.0	0.0
Horas de trabajo diarias				
<i>M</i>	8.2		6.6	
<i>DT</i>	1.4		0.8	
Max	12.0		8.0	
Min	6.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	12.3		11.5	
<i>DT</i>	6.8		6.4	
Max	26.0		20.0	
Min	4.0		0.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	9.0	69.2	16.0	94.1
Mediadamente	4.0	30.8	0.0	0.0
Poco	0.0	0.0	0.0	0.0
Nada	0.0	0.0	1.0	5.9

Turnos				
Si	7.0	38.9	16.0	84.2
No	11.0	61.1	3.0	15.8

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Autora

La remuneración salarial que se puede apreciar es la que oscila entre 1001 y 2000 dólares, donde los médicos/as tienen el 44.4% y las enfermeras el 72.2%.

La media de la experiencia laboral se sitúa para las enfermeras/os en 19.5 años y para el grupo de los médicos/as fue de 21.5 años.

De la muestra escogida, el porcentaje más alto trabaja para el sector privado, quedando el personal de enfermeras con el 78.9% y el grupo de los médicos con el 77.8%.

En cuanto al tipo de contrato, para todo el grupo prevalece el nombramiento, dividido para las enfermeras el 78.9% y los profesionales médicos/as el 44.4%.

Diariamente los médicos/as atienden un número promedio de pacientes de 12.3 con una máxima de 26 y mínima de 4 y el grupo de las enfermeras atiende un promedio de 11.5 con una máxima de 20 pacientes.

En lo que se refiere a los recursos que proveen las instituciones para realizar su trabajo, los participantes indicaron que tanto para los médicos en un 69.2% y las enfermeras en un 94.1%, que esos recursos son provistos totalmente.

3.3. Percepción del clima laboral.

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	1	5.3%
	Bastante	4	22.2%	14	73.7%
	Totalmente	14	77.8%	4	21.1%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	1	5.6%	0	0.0%
	Poco	1	5.6%	4	21.1%
	Bastante	6	33.3%	12	63.2%
	Totalmente	10	55.6%	3	15.8%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.9%	2	10.5%
	Bastante	9	52.9%	11	57.9%
	Totalmente	7	41.2%	6	31.6%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	9.1%	3	15.8%
	Bastante	7	63.6%	7	36.8%
	Totalmente	3	27.3%	9	47.4%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	6	33.3%	3	15.8%
	Totalmente	12	66.7%	16	84.2%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	4	22.2%	8	42.1%
	Totalmente	14	77.8%	11	57.9%
	Nada	0	0.0%	0	0.0%

¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Poco	1	9.1%	2	10.5%
	Bastante	5	45.5%	13	68.4%
	Totalmente	5	45.5%	4	21.1%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	18.2%	2	10.5%
	Bastante	5	45.5%	5	26.3%
	Totalmente	4	36.4%	12	63.2%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	1	5.3%
	Bastante	6	33.3%	5	26.3%
	Totalmente	12	66.7%	13	68.4%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.6%	6	31.6%
	Bastante	9	50.0%	11	57.9%
	Totalmente	8	44.4%	2	10.5%

Fuente: Cuestionario socio demográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Autora

Del análisis de la percepción del clima laboral del grupo de los enfermeros/as, se desprende que en lo que se refiere a la valoración de sus pacientes, el 5.3% refieren que se sienten poco valorados.

De la valoración de los familiares de sus pacientes el porcentaje más alto con el 63,2% lo obtuvieron las enfermeras en el rubro de bastante, mientras que el grupo de los médicos con el 55.6% en el rubro de totalmente. En cuanto a la valoración desde sus colegas, ambos grupos se destacan en el rubro de bastante

con 52.9% los médicos y 59% de las enfermeras. Se sienten bastante valorados por la institución donde se desempeñan en un 63.6% los profesionales médicos, mientras que las enfermeras se sienten totalmente valoradas en 47.4%. Tanto el grupo de los médicos (66.7%) como las enfermeras (84.2%) indican que se sienten satisfechos con el trabajo que realizan. Lo mismo resalta en cuanto a la interacción con sus pacientes: el 77.8% de los médicos junto con el 57.9% de las enfermeras se sienten totalmente satisfechos.

En lo que se refiere al apoyo otorgado por la institución, en el grupo de los médicos el porcentaje está dividido entre sentirse bastante y totalmente satisfecho en 45.5% cada grupo con el apoyo necesario; mientras que, las enfermeras en un 68.4% se sienten bastante satisfechas con este apoyo. El 45.5% de los médicos indica estar bastante satisfecho con la colaboración de sus compañeros de trabajo, mientras que las enfermeras refieren estar totalmente satisfechas con 62.3%.

En cuanto a la valoración de la experiencia laboral en forma global, tanto los médicos (66.7%) como las enfermeras (68.4%) indican estar totalmente satisfechos. Mientras que, con respecto a si su situación económica es bastante satisfactoria, los médicos responden que en un 50.0%, y las enfermeras que en un 57.9%.

3.4. Resultados de las dimensiones del SB

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	4	22.2%	15	78.9%
	Medio	4	22.2%	4	21.1%
	Alto	10	55.6%	0	0.0%
Despersonalización	Bajo	5	27.8%	12	63.2%

	Medio	6	33.3%	5	26.3%
	Alto	7	38.9%	2	10.5%
Realización personal	Bajo	4	22.2%	3	15.8%
	Medio	3	16.7%	4	21.1%
	Alto	11	61.1%	12	63.2%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)

Elaborado por: Autora

El Inventario de SB puntuó de la siguiente manera:

Agotamiento emocional: Médicos 54.6% nivel alto y enfermeras 78.9% nivel bajo

Despersonalización: Médicos 38.9% nivel alto y enfermeras 63.2% nivel bajo

Baja realización personal: Médicos 61.1% nivel alto y enfermeras 63.2% nivel alto.

3.5. Resultados de los casos de SB

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	18	100.0%	19	100.0%

	Presencia	0	0.0%	0	0.0%
--	-----------	---	------	---	------

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)

Elaborado por: Autora

RESULTADOS DE LOS CASOS DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Del análisis se desprende que no se pudo encontrar ningún caso de SB en el grupo de los profesionales médicos/as y tampoco en el grupo de las enfermeras/os.

3.6. Malestar emocional

Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.					
		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	13	72.2%	12	70.6%
	Caso	5	27.8%	5	29.4%
Ansiedad	No caso	14	77.8%	13	72.2%
	Caso	4	22.2%	5	27.8%
Disfunción social	No caso	18	100.0%	19	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%

Depresión	No caso	18	100.0%	19	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: Autora

Los resultados que se presentaron en el cuestionario de salud general fueron los siguientes: Se distinguen algunos casos con los síntomas somáticos: En médicos/as 27.8% y en enfermeras 29.4%; entre los síntomas de ansiedad también se encontró el 22.2% para los médicos/as y el 27.8 % para enfermeras. No se registran síntomas ni en disfunción social, ni en depresión.

3.7. Estrategias de afrontamiento

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1.83	2.01	6.00	.00	1.74	1.91	6.00	.00
Afrontamiento activo	2.28	1.36	5.00	.00	1.89	2.05	6.00	.00
Negación	1.11	1.71	5.00	.00	.67	1.03	3.00	.00
Uso de sustancias	.22	.55	2.00	.00	.00	.00	.00	.00
Apoyo emocional	.94	1.26	4.00	.00	.53	1.02	3.00	.00
Apoyo instrumental	1.33	1.19	3.00	.00	1.21	1.55	4.00	.00

Retirad+*-a de comportamiento	1.22	1.59	4.00	.00	.17	.71	3.00	.00
Desahogo	1.56	1.76	5.00	.00	.53	.96	3.00	.00
Replanteamiento positivo	1.71	1.93	6.00	.00	1.11	2.05	6.00	.00
Planificación	1.88	1.62	6.00	.00	1.50	2.01	6.00	.00
Humor	1.29	1.65	4.00	.00	.39	.85	3.00	.00
Aceptación	2.06	2.21	6.00	.00	1.17	2.01	5.00	.00
Religión	2.59	2.29	6.00	.00	2.37	2.34	6.00	.00
Culpa de sí mismo	1.88	1.54	5.00	.00	1.00	1.37	4.00	.00

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

Elaborado por: Autora

En este apartado los resultados de las estrategias de afrontamiento fueron: Grupo de médicos/as donde sobresale la media en religión con 2.59 seguido de afrontamiento activo con 2.28, y por último aceptación con 2.06. En grupo de las enfermeras/os la media más alta está en religión con 2.37, seguido de afrontamiento activo con 1.89 y, finalmente, la auto distracción con 1.74.

3.8. Percepción del apoyo social

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	69.72	21.38	100.00	35.00	85.66	20.12	100.00	32.50

Apoyo instrumental	73.53	17.03	100.00	50.00	83.89	23.42	100.00	35.00
Relaciones sociales	68.53	25.11	100.00	25.00	87.89	17.90	100.00	35.00
Amor y cariño	70.74	30.09	100.00	20.00	87.72	18.63	100.00	40.00

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

Elaborado por: Autora

Como resultado del análisis del apoyo social, se observa que el promedio más alto lo tiene el apoyo instrumental para médicos de 73.53, seguido de amor y cariño con 70.74. Por último, el apoyo emocional con 69.72; mientras que para enfermeras 87.89 en relaciones sociales es el índice que más sobresale. En segundo lugar, estaría la escala amor y cariño con una media de 87.72 y, en tercer lugar, 85,66 en apoyo emocional.

3.9. Rasgos de personalidad

Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.								
	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neurotismo	1.78	1.77	6.00	.00	1.00	1.10	3.00	.00
Extroversión	3.29	2.20	6.00	.00	5.39	1.04	6.00	2.00
Psicoticismo	1.29	1.21	4.00	.00	1.06	.73	2.00	.00
Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis. Brown y Philipchalk, 1992)								
Elaborado por: Autora								

Analizando el cuestionario de personalidad se llega a la conclusión de que el mayor porcentaje se representa en el rasgo de extroversión tanto en el grupo de los médicos con 3.29 como media y cuatro 5.39 para el personal de enfermeras. Le sigue el rasgo de neurotismo con 1.78 para médicos y 1.0 para enfermeras. Y, por último, el rasgo del psicotismo con 1.06 para enfermeras y 1.29 para personal médico.

3.10 Correlación entre extroversión y dimensiones de SB

Tabla 10. Correlación entre extroversión y dimensiones de burnout.

	Extroversión		
	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Agotamiento emocional	-.571**	.001	31
Despersonalización	-.506**	.007	29
Realización personal	.365*	.048	30

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

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

En la Tabla10 se evidencia una correlación muy significativa entre extroversión y agotamiento emocional $r(31) = -.571$, $p = .001$. Por consiguiente, a mayor puntuación en este rasgo de personalidad menor será el agotamiento emocional. Se observa también una correlación muy significativa entre extroversión y despersonalización $r(29) = -.506$, $p = .007$. Por lo tanto, a mayor puntuación en este rasgo de personalidad menor despersonalización. Finalmente se muestra una correlación significativa entre extroversión y realización personal $r(30) = -.365$, $p = .048$. Por lo que se determina que a mayor puntuación en este rasgo mayor será la realización personal.

DISCUSIÓN

Después de la evaluación a 40 profesionales de la salud y tras la depuración de la muestra, esta quedó conformada por 37 personas. Las mujeres con 89.5% de presencia, fue el porcentaje más alto, comparado con el estudio de Ávila, Montiel y Gómez, (2010), en el cual, la muestra de las mujeres fue del 73.7%. Esto se debe claramente al hecho de que la mayoría del personal de enfermería son mujeres. Este resultado también se confirma con el análisis de López (2009). Los porcentajes muestran estar dentro de los mismos parámetros del estudio realizado por Alvarado (2017).

El promedio de edad de los médicos fue de 49.0 y las enfermeras 45.5. Según el estudio de referencia Quiroz y Sacó (2010), el resultado en este rango se encuentra más o menos dentro de los mismos promedios. Resultados parecidos aparecen en el estudio de Alvarado (2017).

La etnia que más prevaleció en este estudio dentro de los médicos fue la mestiza con un 88.9%. En el estudio de Martínez (2009) también se llegó a un promedio de 73.33%. En consecuencia, en las instituciones de salud del Ecuador, esta etnia es la que más prevalece dentro de diversos estudios, a pesar de la diferencia de años. Dato confirmado en el estudio de Alvarado (2017).

En cuanto al estado civil, este estudio muestra que un porcentaje más alto se percibe en los varones que en las mujeres en el rango de casados. Lo mismo afirma el estudio realizado por López (2009), donde los hombres aparecen con el 79.4%, en cambio las mujeres 63.9%, y el de Martínez (2012), donde también los médicos representan un porcentaje de 66.6%, casados. Otro estudio que resume los mismos resultados es el de Alvarado (2017).

Sobre el valor salarial, la muestra de las enfermeras dice que el 72.2% recibe entre 1001 y 2000 dólares, contrario totalmente al estudio realizado por Martínez, (2012), dentro de una muestra de enfermeros de otro hospital, el Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil, donde el salario del 73.3% era de 0 a 1000 dólares mensuales. De esta comparación se deduce fácilmente que los salarios han mejorado notablemente desde el año 2012 al 2017, en lo que se refiere al personal de enfermería. En este mismo estudio de Martínez (2012) se puede observar que los médicos de la misma institución sanitaria también recibían mensualmente de 0 a 1000 dólares, es decir, un promedio de 66.6%, contra el resultado del estudio de la suscrita, que determina que los médicos reciben entre el 1001 a 2000 dólares mensuales.

Por la línea de la experiencia laboral este estudio muestra que el 21.5% es la media del rango de los médicos y 19.4% la media de las enfermeras comparado con la investigación de López (2012). En un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Quito, el promedio es de cinco años de experiencia laboral entre los médicos y diez años para el grupo de las enfermeras. En cualquiera de los dos grupos, la media de los años de experiencia es más alta en las instituciones de Guayaquil que en las de Quito.

En cuanto al sector donde trabajan los médicos, en ambos casos es el sector privado. En la muestra, es el 77.8% contra el 86.6% del estudio de Martínez (2012). En este mismo estudio, el tipo de contrato se divide entre indefinido con un 33.3% y eventual el 26.6%; mientras que, en los resultados de esta investigación se observan con nombramiento, el 44.4% de médicos y el 78.9% de enfermeras.

En cuanto a las horas de trabajo que desempeñan diariamente: en el Hospital Luis Vernaza, laboraban 15.7; mientras que, en los hospitales donde se aplicó el estudio, los resultados arrojan una media de 8.2 entre los médicos y 6.6 entre las enfermeras. Esto significa que el estudio de Martínez (2012) muestra casi el doble de horas trabajadas en el día.

Contrariamente a la muestra de los dos hospitales de Guayaquil, el promedio de pacientes que atienden los médicos es del 12,3 como media, y las enfermeras 11.5; mientras que, en el Luis Vernaza solo atienden una media de 8.46, de lo que se desprende que los profesionales de esta muestra atienden más pacientes en los turnos de ocho horas.

En lo que tiene que ver con los recursos que proveen las instituciones a los profesionales, el Luis Vernaza divide su porcentaje entre el 53.33% que significa que reciben totalmente lo que necesitan y el 46.6% que afirma recibir medianamente los recursos; contra el 69.2% de los médicos y el 94.1% de las enfermeras, que refieren recibir totalmente los recursos que les ofrecen las instituciones.

Con estos porcentajes –en ambos casos–, los profesionales están completamente satisfechos con el apoyo que reciben de las entidades sanitarias. Contrario al comentario y resultados del estudio de Alvarado (2017) donde se ve que no reciben los recursos necesarios para desarrollar su trabajo.

Refiriéndose a cuán valorados se sienten por sus pacientes y los familiares de sus pacientes, se aprecia que en ambos rangos los médicos están totalmente valorados; mientras que, las enfermeras dicen estar bastante valoradas por ambos grupos. En cambio, en la investigación de Martínez (2012) en el rubro de valorado por los pacientes, se observa que los médicos se sienten bastante valorados; y, en el rubro de los familiares, el porcentaje más alto lo tuvo el rango de poco con un 46.66%. Otro estudio realizado por Alvarado (2017) muestra que también los profesionales están bastante valorados por sus pacientes y familiares.

En el rubro de la valoración que les hacen sus compañeros, los médicos y enfermeras puntuaron con el mayor porcentaje, el rango de bastante; valor que coincide con el estudio de Martínez (2012) que muestra un 66.6% correspondiente al rango de bastante. En el rubro de bastante en –valoración, realizado por los directivos de la empresa, se acredita al grupo de los médicos;

en cambio, las enfermeras puntuaron el rubro de totalmente, comparado con este mismo estudio donde la valoración que le dan a este rubro es muy baja, con un porcentaje 33.33%.

En el rubro de satisfacción con el trabajo que se realiza, este estudio evidencia que los dos grupos afirman estar totalmente satisfechos. En el estudio de Martínez (2012), también se indica que están totalmente satisfechos en un 77.7% con el trabajo que realizan.

En lo que se refiere a la interacción con sus pacientes, la muestra refiere que están totalmente satisfechos con este rubro, contra lo que indica el estudio de Martínez (2012), en el cual sobresale el rango de bastante con un 26.6% y con un 13.3% el rubro de poco.

En el parámetro de satisfacción con el apoyo brindado por las instituciones, los médicos puntúan un 45.5%, en el rango de bastante y lo mismo en el rango de totalmente; mientras que, las enfermeras, sobresalen en el rango de bastante. El estudio de López (2012), en este mismo rubro evidencia un porcentaje bastante parecido.

Siguiendo con el análisis, sobre el nivel de satisfacción con la colaboración de sus compañeros, el grupo refiere que están entre bastante y totalmente satisfechos. El mismo estudio comparativo señala que también están totalmente satisfechos con la interacción entre colegas.

El resultado de la investigación en el rubro de si están satisfechos con la valoración global de su experiencia personal, toda la muestra resalta el ítem de estar totalmente satisfecho, valor que coincide en su totalidad con el estudio de López (2012).

Por último, en el rubro de si están satisfechos con su situación económica, refieren que están entre bastante los médicos y totalmente las enfermeras; el porcentaje del mismo estudio está dentro de las mismas cifras.

Continuando la discusión y tomando en cuenta el resultado de las dimensiones del burnout en la muestra de este estudio, se aprecia que en el rubro de agotamiento emocional, se observa en el grupo de los médicos un agotamiento emocional alto, contra el estudio de López (2012), que puntúa este rubro bajo, y el estudio Alvarado (2017) que, en cambio, refiere alto en los dos grupos; en despersonalización, tanto de esta muestra como en la del estudio anterior se desprende alto. En cambio, en Alvarado (2017) el grupo de los médicos marca bajo y las enfermeras alto y en realización personal los médicos puntúan alto mientras que, en el estudio de López (2012) se aprecia que el 100% marca bajo, porcentajes que difieren del estudio de Alvarado (2017), donde los dos grupos puntúan alto.

Para realizar un análisis más claro de acuerdo con estos resultados de las tres dimensiones del SB, hay que recordar que cuanto mayor sea la puntuación alcanzada en agotamiento emocional y despersonalización, más probabilidades existen de encontrar el SB, y en lo que se refiere a la realización personal el criterio es a la inversa, entre más baja es la puntuación cabe pensar en la aparición del síndrome. Por lo tanto, en lo que se refiere al resultado de los casos de burnout en la muestra de profesionales de la salud, este grupo no deja en evidencia ningún caso, contrariamente al estudio realizado por Ortega, Ortiz y Coronel (2007), en el cual, se manifiesta “un grado moderadamente alto”. En cambio, se puede apreciar que este dato tan importante también lo puede ratificar el estudio de Alvarado (2017), en cuyos resultados tampoco se detecta ningún caso de SB.

Lo antes expuesto significa que las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales de la salud de estas dos instituciones médicas, son las adecuadas y que, junto con el apoyo recibido de las instituciones, la buena relación que se manifiesta con sus compañeros y las demás variables que inciden directamente en manejo del estrés personal dentro del desarrollo de sus actividades de servicio de salud, tienen como resultado que no se presente ningún de SB en ninguno de los dos grupos.

En el caso del malestar emocional de los integrantes de la muestra, no se detectó ningún caso ni en disfunción social ni en depresión; en síntomas somáticos hubo cinco casos y en ansiedad cuatro. En el estudio de López (2012) se presentan casos en esos dos síntomas, como también en disfunción social. En cambio, en depresión este estudio tampoco demuestra ningún caso. El estudio de Alvarado (2017) muestra algunas diferencias en este rubro si se lo compara con esta investigación.

Sobre las estrategias de afrontamiento de los profesionales, este estudio evidencia que la estrategia que sobresale es la de religión en los dos grupos con una media de 2.59 y 2.37. Comparadas con el resultado del estudio Taques (2012), entre el grupo de médicos fue mucho más alta: llegó a 4.44. En el caso de las enfermeras, comparadas con el estudio de Ayala y Rojas (2012) también se obtuvo un puntuación de 4.00. En afrontamiento activo los médicos puntúan 2.28, mientras que Taques (2012) 4.81 y las enfermeras en Ayala y Rojas (2012) 4.00.

En las diferentes escalas del cuestionario de Apoyo Social todos los porcentajes están sobre la media alta y en comparación con los estudios de Ayala y Rojas (2012) y Taques (2012), más o menos se manejan los mismos promedios.

Tras analizar los rasgos de la personalidad, se observa que el rasgo que sobresale es el de extroversión dentro de todo el grupo, según muestra el resultado de la Tabla 10, donde se puede apreciar claramente que el agotamiento personal y la despersonalización, en la correlación con este rasgo da una puntuación baja y en cuanto a la realización personal en correlación con el mismo rasgo, da una puntuación alta.

Para tener un concepto más claro del rasgo de personalidad de extroversión podemos decir que define el grado en que los sujetos son más abiertos con los demás y pueden canalizar sus energías en contextos sociales o dicho de otra manera, examina cuánto le agrada a un sujeto estar rodeado de otras personas, o cuánto le gusta expresarse ante los demás.

Aplicado como estrategia de enfrentamiento, se puede considerar como un factor protector y obstaculiza la presencia de los síntomas que genera el SB como bien asegura el estudio de Alvarado (2017) donde el rasgo de personalidad dominante fue el de extroversión. Igual resultado tuvo la investigación de Jaramillo (2012).

Se puede asegurar que la correlación existente de este rasgo con las tres dimensiones del SB y el resultado de no haberse detectado ningún caso del síndrome, tiene una relación directa con las estrategias que los profesionales de esta muestra de investigación, utilizan durante el desarrollo de sus actividades profesionales, donde se ponen de manifiesto algunos elementos que se destacan en este rasgo, tales como: sociabilidad, actividad, asertividad, despreocupación, búsqueda de sensaciones, osadía, espontaneidad, rapidez entre otros. Ya que todos estos elementos sirven como base para generar emociones en sentido positivo y por ende ayudan a fortalecer la parte psicológica de los profesionales.

CONCLUSIONES

Refiriéndose directamente a los resultados sociodemográficos y laborales de la muestra, se puede concluir que la representación más alta la tuvieron las mujeres en los dos grupos, tanto en médicos como en enfermeras. Promedio de hijos entre los dos grupos 2.0. En la muestra prevaleció como estado civil la condición de todos casados, y una edad promedio entre 49 y 45 años. El salario que perciben está en el siguiente rango: un promedio del 58.3%, recibe de 1001 a 2000 dólares. El 80% de ambos grupos pertenecen a instituciones privadas que tienen como tipo de contrato, la ejecución de nombramientos en un 65.6% como media entre los dos grupos. Atienden entre 20 y 26 pacientes diarios. Un porcentaje del 94% recibe los recursos institucionales suficientes para realizar su trabajo profesional.

En cuanto a la percepción laboral, es decir, cuán valorado se siente por sus pacientes, familiares, compañeros e instituciones, se puede ver claramente que sí se sienten valorados entre bastante y totalmente. El mismo resultado se da en las demás variables. Como resultado de inventario MBI y analizando las diferentes dimensiones, se pudo concretar que los médicos serían los más propensos a presentar síntomas de SB, ya que sus calificaciones en agotamiento emocional y despersonalización son altas. Es posible que encuentren un equilibrio en cuanto a la dimensión de realización personal donde tanto los médicos y las enfermeras puntúan alto. En todo caso en el total de la muestra no se presenta ningún caso diagnosticado de SB.

Siguiendo con las conclusiones en lo que se refiere al malestar emocional, en ambos grupos de profesionales, considerando cada una de las variables del cuestionario del Salud General GHQ-28, ninguno presenta casos importantes. Se pueden establecer las estrategias de afrontamiento donde los médicos utilizan el afrontamiento afectivo, la aceptación y la religión como instrumentos para paliar de alguna forma la presencia del estrés y en el grupo de las enfermeras, sus herramientas son en primer plano la religión, apoyada por el afrontamiento afectivo y la autodistracción.

Si se revisa el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y sus resultados, los médicos utilizan el apoyo instrumental que se refiere en las diferentes acciones directas, que con la finalidad de ofrecer ayuda, los demás realizan cuando hay necesidad de esa ayuda. Seguido de amor y cariño que se consideran demostraciones afectivas hacia los demás y hacia el profesional y se apoyan también en las relaciones sociales. En este punto son muy importantes las redes sociales.

Para el grupo de las enfermeras es primordial el desarrollo de las relaciones sociales y sus redes sociales, como también las demostraciones de afecto de amor y cariño y, por último, el apoyo emocional, que comprende la confianza, la empatía, el cuidado y el amor. Este tipo de apoyo es uno de los más importantes en los diferentes ámbitos donde se desarrollan los profesionales: familia, amigos o trabajo. El apoyo social es importante porque beneficia no solo a las personas directamente implicadas, sino que favorece a quienes se relacionan con ellas, como sus cuidadores o familiares, entre otros.

En cuanto a los rasgos de personalidad de la muestra, se destaca sobre los otros, la extroversión: demuestra apertura a cambios, siente atracción por los retos, y está siempre de buen ánimo. Este tipo de personalidad concuerda en relación directa con las conclusiones globales del estudio porque en cada instrumento aplicado es posible notar cómo los resultados demuestran la actitud positiva del grupo para evitar los síntomas del SB.

RECOMENDACIONES

En lo que se refiere a las características sociodemográficas del grupo, cabe recomendar que se mantengan los lineamientos en los que se desarrollan los profesionales para que puedan seguir desempeñando sus funciones con eficacia.

En cuanto a la valoración de la percepción laboral, las instituciones han logrado que los médicos y enfermeras se encuentren satisfechos totalmente con el trabajo que desempeñan.

Como el grupo de médicos presentó altos porcentajes de agotamiento emocional y despersonalización, sería necesario que el departamento de Recursos Humanos, a mediano plazo, pueda diseñar un programa de intervención para prevenir que se desarrollen los síntomas del SB.

Como este síndrome afecta varias áreas de la vida de los profesionales, es necesario considerar los tres niveles donde se desarrollan sus actividades como: personal o individual, grupal y organizacional.

1. A nivel individual, utilizando técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas;
2. A nivel grupal, mejorando los procesos de socialización; y,
3. A nivel organizacional, tratando de reducir las situaciones que pueden generar estrés y mejorando aquellas que puedan ayudar a que los médicos se sientan en disposición de siempre mejorar sus servicios.

Como recomendación general, el departamento de Recursos Humanos puede, durante todo el año, organizar talleres para el personal, tomando en consideración estrategias de afrontamiento para que los profesionales las utilicen como un recurso para evitar o mitigar de alguna manera los síntomas del SB.

BIBLIOGRAFIA

Acurio H. y Córdoba M., (2014) Valoración del Síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del Hospital Eugenio Espejo.

www.dspace.uce.edu.ec.

Albaladejo, Romana, Villanueva, Rosa, Ortega, Paloma, Astasio, P, Calle, ME, & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516. Recuperado en 14 de septiembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008&lng=es&tlng=es.

Alvarado M., (2017) Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, estudio realizado en un hospital público, ubicado en la zona sur-este de la ciudad de Cuenca, durante el año 2016-2017

<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/17935>

Aranda, (2006) El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología* 2010, vol. 26, nº 1 (enero), 169-180. (Página 171)

http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf.

Ávila J, Gómez L y Montiel M. (2010) Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud.

<http://www.redalyc.org/pdf/801/80115648004.pdf>.

Bartolomé G, Ruiz J. y García M. (2009) Consecuencias psicosociales en el trabajo del personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los Recursos Humanos.

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10782/LopezMontesinos.pdf?seque>

Burke y Greenglass, (1989) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Bernardo Moreno-Jiménez José Luis González Eva Garrosa Dpto. Psi. Biológica y de la Salud UAM. Página 5

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>.

Buunk y Schaufeli (1993), *Revista de Psicología*, 2005, pags.15-35

<http://www.redalyc.org/>

Carlotto M. y Gobi M., (2001) Desempleo y Síndrome de Burnout

<http://www.redalyc.org/pdf/264/26410110.pdf>

Cialzeta J. (2003) El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad. Corrientes.

http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cialzeta_jorge_raul.pdf

COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE* MORAN, CONSUELO, LANDERO, RENE, & GONZÁLEZ, MÓNICA TERESA. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Retrieved May 08, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200020&lng=en&tlng=es.

Díaz F. y Gómez I. (2010) La Investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010.

<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>

Eras E., Jiménez D., (2016) Conocimientos sobre Riesgos Laborales en el personal de salud del hospital general de macas 2016.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26007>

Cox, Kik y Leiter (1993) *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Martínez (2010) *Página 14-15*

<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

CHERNIS, 1993; HAACK, 1988; WILSON y CHIWAKATA, 1989 Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos *Psicología y Salud*, Vol. 14, Núm. 1: 67-78, enero-junio de 2004

<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114108.pdf>

Eby et al., (2005). IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL AMBITO LABORAL ABELLO BOLIVAR ANGELA JOHANA LOZANO TORRES DEISY MAGNOLIA 2013. S/página

<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4693/20888400-2013.pdf>

Eras E., Jiménez D., (2016) Conocimientos sobre Riesgos Laborales en el personal de salud del hospital general de macas 2016.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26007>

Flor J. y Alvarez P. (2015) Estudio del Síndrome de Burnout

<https://www.dspace.espol.edu.ec/retrieve/89396/D-P12429.pdf>

Freudenberger (1974) Rosales Ricardo, Yuri, & Rosales Paneque, Fredy R. (2013). Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud mental*, 36(4), 337-345. Recuperado en 06 de febrero de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400009&lng=es&tlng=es.

Firth y Britton (1989) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Bernardo Moreno-Jiménez José Luis González Eva Garrosa Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. Página 4.

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Gil-Monte P., (2011) El Síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de burnout) Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendación para la intervención.

<http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>

Moreno B., Gonzales J. y Garros E., (2001) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud Percibida.

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Martínez A., (2010) El Síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión

<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

Mansilla I. El Síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo

http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_3.shtml

Garcés, (2005). Burnout en amas de casa. Página 6

<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22818/Marco%20Teorico.pdf>

García Ucha (2000) Rosales Ricardo, Yuri, & Rosales Paneque, Fredy R.. (2013). Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud mental*, 36(4), 337-345. Recuperado en 06 de febrero de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400009&lng=es&tlng=es.

Gil-Monte P., (2011) El Síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de burnout) Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendación para la intervención.

<http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>

Gil-Monte y Peiró (1997), Prevalencia del Síndrome de Burnout, en un hospital Público de Conurbano Bonaerense. Maldonado 2011 Página 11.

<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104106.pdf>

Gil-Monte y Marucco M., (2008) Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales

http://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2008_Gil_Monte_y_Marucco_RSP.pdf

Golembieswki, Munzenrider y Carter (1983), Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout. Vanesa Lara López Agrelo. 2013. página 56

<http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>

Golembieswki y Munzenrider (1988) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Bernardo Moreno-Jiménez José Luis González Eva Garrosa Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. Página 5

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Golembieswki, Munzenrider y Carter (1988), Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital "Isidro Ayora" de Loja durante el año 2012. Valdivieso, 2013, p.16

<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/7601/1/VALDIVIESO%20FLOR%20MARIA%2C-%20TESIS.pdf>

Greenhaus y Beutell, (1985).El Conflicto entre el trabajo y la familia como fuente de estrés: El papel modulador de las Atribuciones. María de la Fe Rodríguez Muños y Encarnación Nouvilas Pallejá 2008

<http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>

Jiménez B. y Báez C. (2010) Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>

Rubio J. (2003) Fuentes de estrés. Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores en Instituto de Enseñanza Secundaria.

<http://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238164.pdf>

Hernández Gómez, Hernández E. (2014) La autoestima como variable moduladora del desgaste profesional en especialistas en Medicina General Integral

<http://db.doyma.es/cgi-in/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.ianofultext?pid=9224>.

Hernández Gómez, Lidia Caridad, Hernández Meléndez, Digna Edelsys, & Bayarre Veá, Héctor D. (2014). La autoestima como variable moduladora del desgaste profesional en especialistas en Medicina General Integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2), 149-159. Recuperado en 05 de febrero de 2017.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200001

Hobfoll y Freddy (1993) EL SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJO SOCIAL. Alonso 2014 pag.19

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7150/1/TFG-G%20679.pdf>

Jackson y Maslach, 1982. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Bernardo Moreno-Jiménez José Luis González Eva Garrosa Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. Página 5

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Jaramillo A., (2012) Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en la Clínica Universitaria San Francisco de Quito

<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/5211>

Länge, (2010). "Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile. Werner 2010 página 13

http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf

López A. y Lara, (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout. Página 78

<http://eprints.ucm.es/21683/>

Leiter, (1991) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Bernardo Moreno-Jiménez José Luis González Eva Garrosa Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. Página 7

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Leiter y Maslach (1988), El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Fernando Mancilla. Capítulo 4.5

http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_5.shtml

Lemkau, Purdy y Rafferty (1988). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. Psicología y Salud, Vol. 14, Núm. 1: 67-78, enero-junio de 2004.

<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114108.pdf>

Martínez M., (2012) Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el personal de médicos y enfermeras del Hospital "Luis Vernaza" de la ciudad de Guayaquil.

<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/3662>

Martínez M., (2012) Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Estudio realizado en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito durante el año 2012."

<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/3660>

Taques J., (2012) Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de la Ciudad de Cayambe, durante el año 2012

<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/5281>

Suarez Cuba, Miguel Ángel. (2011). IDENTIFICACIÓN Y UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL AL PACIENTE Y AL CUIDADOR INFORMAL. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67. Recuperado en 09 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010&lng=es&tlng=es.

López L., (2015) Prevalencia Síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal médico tratante de los Servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés.

<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10409>

López A., Lara V., (2013) Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout.

<http://eprints.ucm.es/21683/>

Díaz F. y Gómez I. (2010) La Investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010.

<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>

Länge, (2010). "Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile. Werner 2010 página 13

http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf

López A. y Lara, (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout. Página 78

<http://eprints.ucm.es/21683/>

Leiter, (1991) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Bernardo Moreno-Jiménez José Luis González Eva Garrosa Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. Página 7

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Leiter y Maslach (1988), El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Fernando Mancilla. Capítulo 4.5

http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_5.shtml

Lemkau, Purdy y Rafferty (1988). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. Psicología y Salud, Vol. 14, Núm. 1: 67-78, enero-junio de 2004.

<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114108.pdf>

López L., (2015) Prevalencia Síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal médico tratante de los Servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés.

<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10409>

Maldonado C., (2011) Prevalencia del síndrome de Burnout en un Hospital Público del Conurbano Bonaerense.

<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104106.pdf>

Muñoz Y., Osorio D., Robles E. y Romero Y. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Referencia Ibagué.

<http://repository.ut.edu.co/bitstream/001/1161/1/RIUT-CEA-spa-2014>

Machlowitz (1980) Rosales Ricardo, Yury, y Rosales Paneque, Fredy R.. (2013). Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud mental*, 36(4), 337-345. Recuperado en 06 de febrero de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400009&lng=es&tlng=es.

Maslach y Jackson (1981)) Rosales Ricardo, Yury, & Rosales Paneque, Fredy R.. (2013). Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud mental*, 36(4), 337-345. Recuperado en 06 de febrero de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400009&lng=es&tlng=es.

Maslach y Schaufeli, (1993) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Bernardo Moreno-Jiménez José Luis González Eva Garrosa Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. Página 6

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

McCrainie y Brandsma (1988) y Gil-Monte y Peiró (1997). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, Vol. 14, Núm. 1: 67-78, enero-junio de 2004

<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114108.pdf> .

McGrath (1970), Consecuencias psicosociales del estrés laboral que presentan los trabajadores del departamento de Recursos Humanos de Créditos Económicos ubicada en la ciudad de Guayaquil en el año 2012. Página 9

<http://repositorio.uq.edu.ec/bitstream/redug/5889/1/Tesis%20Contenido.pdf>

McKight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994) y Hallsten (1993) Estudio del Síndrome de Burnout en Auxiliares de Enfermería de la Sala Santa María del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil” Martínez Pérez, Anabella (2010) página 23.

<http://repositorio.uq.edu.ec/bitstream/redug/10461/1/Tesis%20FInal.pdf>

Martínez, (2010) El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Página 14-1

<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

MORAN, CONSUELO, LANDERO, RENE, & GONZÁLEZ, MÓNICA TERESA. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Retrieved May 08, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200020&lng=en&tlng=es

(Ocanto, 2012). Prevalencia síndrome de Burnout asociado a Variables Fisiológicas, Químicas y Antropométricas en el personal médico tratante de los servicios de cada especialidad en el hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre – diciembre 2014. Antonio Montes 2015. Página 6

<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10409>

Ochoa M. (2016) Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados en el personal del IESS, seguro de salud, centro de atención ambulatorio Central-Cuenca

<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6318>

Olivares V. (2016) Christina Maslach, comprendiendo el burnout

https://www.researchgate.net/publication/311611859_Christina_Maslach_comprendiendo_el_burnout

Ortega, Ortiz y Coronel, (2007) Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente.

www.redalyc.org/pdf/291/29117101.pdf

Pines y Aronson (1998) Prevalencia del Síndrome de Burnout, en un hospital Público de Conurbano Bonaerense. Maldonado 2011 Página 8

<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104106.pdf>

Pines, y Aronson (2011) "Influencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Enfermería del Instituto de Neurociencia Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce del área de emergencia en el periodo de octubre a noviembre del 2013." Villamar 2014. Página 13

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduq/9271/1/TESIS%20SINDROME%20DE%20BORNOUT.pdf>

Pines y Kafry (1978)) Rosales Ricardo, Yury, & Rosales Paneque, Fredy R.. (2013). Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud mental*, 36(4), 337-345. Recuperado en 06 de febrero de 2017, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400009&lng=es&tlng=es.

Pines *et al.* (1981) Rosales Ricardo, Yury, & Rosales Paneque, Fredy R.. (2013). Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud mental*, 36(4), 337-345. Recuperado en 06 de febrero de 2017, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400009&lng=es&tlng=es.

Price y Murphy (1984), EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT) EN GEROCULTORAS Y DOCENTES: EVALUACIÓN, PREVALENCIA Y PROCESO DE DESARROLLO. Blanco 2014, pag.49

<http://roderic.uv.es/handle/10550/36210>

Quinceno J, Sierra S, (2007) Burnout. Síndrome de quemarse en el Trabajo.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200

Rodríguez H. y Vernaza C, (2012) Prevalencia del Síndrome de Burnout relacionado con la pérdida de interés por actividad laboral en los profesionales de Salud del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1269/1/TESIS.pdf>

Rozo M., (2007) EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE ESTRÉS ASISTENCIAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE III NIVEL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.

<http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224869002.pdf>

Rosas S., (2007) Síndrome de desgaste profesional Burnout

<http://ri.uaq.mx/handle/123456789/1084>

Ramírez P. y Zurita R., (2010) Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional.

<https://polis.revues.org/677>

Rowe, (1997). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente *Psicología y Salud*, Vol. 17, Núm. 1: 5-16, enero-junio de 2007

<http://eprints.ucm.es/21683/>

Rodríguez M., Rodríguez R., Riveros A., Rodríguez M. y Pinzón J.(2011) SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE SALUD EN TRES INSTITUCIONES DE BOGOTÁ EN DICIEMBRE DE 2010

<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/52931143-1.pdf?sequence=1>

Shiron, (1989) Desgaste profesional (burnout), *Personalidad y Salud percibida*. la Salud UAM. Página 5.

<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Sandín B., Valiente R., Chorot P., Olmedo M., y Santeo M., (2002) Versión Española del Cuestionario EPQR-ABREVIADO (EPQR-A) (I): ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* © Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) 2002, Volumen 7, Número 3, pp. 195-205

<https://www.researchgate.net/publication/267547232>

Sergio L., Huizing E. y Lacida M. (2004) Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente

http://www.siiis.net/documentos/Path/Cuestionarios_tests_indices.pdf

Suarez Cuba, Miguel Ángel. (2011). IDENTIFICACIÓN Y UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL AL PACIENTE Y AL CUIDADOR INFORMAL. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67. Recuperado en 09 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010&lng=es&tlng=es.

Suarez A., (2014) Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Hospital de la Policía Nacional del Guayas No.2

<http://repositorio.uq.edu.ec/handle/redug/3818>

Sergio L., Huizing E. y Lacida M. (2004) Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente

http://www.siiis.net/documentos/Path/Cuestionarios_tests_indices.pdf

Tudela F., (2013) Modelos Teóricos y Explicativos del Síndrome de Burnout

<http://www.estres.edusanluis.com.ar/2013/12/modelos-teoricos-y-explicativos-del.html>

Viralet A, (2013) Carga mental y síntomas/signos del Síndrome de Burnout en Docentes a tiempo completo de una Universidad Privada.

<http://repositorio.ute.edu.ec/handle/123456789/12876>

Winnubst, (1993) El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Martínez (2010) Página 18

<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

ANEXOS

1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral
2. Cuestionario de MBI
3. Cuestionario GHQ 28
4. Cuestionario Brief-Cope
5. Cuestionario de AS
6. Cuestionario EPQR-A

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA 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
¿Esté satisfecho con el trabajo que realiza?				
¿Esté satisfecho en su interacción con los pacientes?				
¿Esté satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?				
¿Esté satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?				
¿Esté satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?				
¿Esté 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 TÉCNICA 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 TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se le ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirla?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de <http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20de%20indices/Cuestionarios%20valeracion%20de%20mental%20de%20de%20indices.pdf>

Anexo 2.4

UNIVERSIDAD TÉCNICA 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 corresponde 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 burlandome 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/pa/ucm-t28693.pdf>

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TÉCNICA 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 abraza.					
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 TÉCNICA 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 está 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).