



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con el rasgo de personalidad neuroticismo, en profesionales de la salud en la ciudad de Cuenca

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Matute Piedra, Rocío del Carmen

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elena, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2017



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

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

María Elena Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con el rasgo de personalidad neuroticismo, en profesionales de la salud en la ciudad de Cuenca, realizado por Matute Piedra, Rocío del Carmen ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Cuenca, septiembre de 2017

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Matute Piedra, Rocío del Carmen declaro ser autora del presente trabajo de titulación, Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con el rasgo de personalidad neuroticismo, en profesionales de la salud de la ciudad de Cuenca, de la Titulación de Psicología, siendo Vivanco Vivanco, María Elena directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

Matute Piedra, Rocío del Carmen

0101830180

DEDICATORIA

A mi Padre celestial por regalarnos la apertura al conocimiento, por ser mi inspiración para poder mirar el bien la belleza y la verdad que hay en cada persona, en cada corazón. Le dedico este aprendizaje y los conocimientos adquiridos, para ser un instrumento en sus manos.

A Teodoro mi esposo amado, por su apoyo incondicional, su acompañamiento sabio y paciente en el camino para lograr este sueño que hoy se hace realidad.

A mis hijos Cristian y Paola, Marcela y Patricio, María Gabriela y Santiago y María Eliza junto a mis pequeños angelitos, mis nietos, que con su alegre presencia, sus palabras y muestras de cariño dan sentido a mi vida. Sin su apoyo no hubiese sido posible alcanzar el objetivo propuesto.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja que tiene como misión formar profesionales capacitados que aporten a la sociedad con una sólida formación académica y cristiana.

A Rocío Ramírez y Ma. Elena Vivanco por su vocación de entrega generosa y desinteresada, por su dirección profesional y oportuna pero sobre todo por su calidez humana y sencillez personal, he aprendido mucho de ustedes.

A mis padres Luis y Amapola que han sido generosos con el tiempo de compartir que les he quitado para dedicarlo a este proyecto, por sus palabras y sus silencios que me han impulsado a perseverar y culminar.

A Conchita Arpi mi compañera de vida, mi amiga, mi hermana, gracias por soñar conmigo y por recorrer juntas la ascesis del conocimiento intelectual pero sobre todo del conocimiento interior que revela tu inmensa riqueza.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VI
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1	5
MARCO TEÓRICO	5
1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	6
1.2. DESARROLLO DEL TÉRMINO.....	7
1.2.1. DEFINICIONES DE BURNOUT EN LA DÉCADA DE 1970.....	7
1.2.2. DEFINICIONES DE BURNOUT EN LA DÉCADA DE 1980.....	8
1.2.3. DEFINICIONES DE BURNOUT EN LA DÉCADA DE 1990.....	9
1.2.4. DEFINICIONES DE BURNOUT EN LA DÉCADA DE 2000.....	10
1.2.5. DEFINICIONES DE BURNOUT DE LA DÉCADA DE 2010 HASTA LA ACTUALIDAD.....	11
1.3. DESARROLLO Y FASES DEL BURNOUT	13
1.3.1. GOLEMBIEWSKI, MUNZENRIDER Y CARTER (1983).....	13

1.3.2.	LEITER Y MASLACH (1988).	14
1.3.3.	LEITER (1993).	14
1.3.4.	LEE Y ASHFORTH (1993).	15
1.3.5.	GIL-MONTE, PEIRÓ Y VALCÁRCEL (1995).	16
1.4.	CONSECUENCIAS DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD	17
1.4.1.	CONSECUENCIAS EN LA SALUD.	18
1.4.2.	CONSECUENCIAS EN EL TRABAJO.	19
1.4.3.	CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA.	19
1.5.	MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT	20
1.5.1.	MODELOS BASADOS DESDE LA TEORÍA SOCIO-COGNITIVA DEL YO.	21
1.5.2.	MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL DE HARRISON.	21
1.5.3.	MODELO DE AUTOEFICACIA DE CHERNISS.	22
1.5.4.	MODELO DE PINES.	22
1.5.5.	MODELO DE AUTOCONTROL DE THOMPSON, PAGE, COOPER.	22
1.6.	MODELOS ELABORADOS DESDE LA TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL	23
1.6.1.	MODELO DE COMPARACIÓN SOCIAL DE BUNK Y SHAUFELI.	23
1.6.2.	MODELO DE CONSERVACIÓN DE RECURSOS DE HOBFOLL Y FREDDY.	23
1.7.	MODELOS DESARROLLADOS DESDE LA TEORÍA ORGANIZACIONAL.....	24
1.7.1.	MODELO DE FASES DE GOLEMBIEWSKI, MUNZENRIDER Y CARTER.	24
1.7.2.	MODELO DE WINNUBST.	25
1.7.3.	MODELO DE COX, KUK Y LEITER.	25

1.8.	MODELOS SOBRE EL PROCESO DEL SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO.....	26
1.8.1.	MODELO TRIDIMENSIONAL DE MBI- HSS (MASLACH Y JACKSON).	26
1.8.2.	MODELO DE EDELWICH Y BRODSKY.....	26
1.8.3.	MODELO DE PRICE Y MURPHY	27
1.9.	MODELO DE LA TEORÍA ESTRUCTURAL, MODELO DE GIL MONTE	28
1.10.	PREVALENCIA DEL BURNOUT.....	29
1.10.1.	PREVALENCIA EN PROFESIONALES DE LA SALUD A NIVEL MUNDIAL.	29
1.10.2.	PREVALENCIA EN PROFESIONALES DE LA SALUD A NIVEL DE LATINOAMÉRICA.	30
1.10.3.	PREVALENCIA EN PROFESIONALES DE SALUD A NIVEL NACIONAL.....	31
1.11.	VARIABLES ASOCIADAS DE BURNOUT	32
1.11.1.	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	32
1.11.2.	VARIABLES LABORALES EN PROFESIONALES DE LA SALUD.	34
1.11.3.	VARIABLES ASOCIADAS A LA PERSONALIDAD EN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	35
1.11.4.	VARIABLES MODULADORAS ANTE SITUACIONES DE ESTRÉS EN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	36
CAPÍTULO 2 .....	.....	38
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	.....	38
2.1.	OBJETIVO GENERAL	39
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
2.3.	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	39
2.4.	CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	40
2.5.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40

2.6.	MUESTRA	41
2.7.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	42
2.8.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
2.9.	PROCEDIMIENTO	42
2.10.	INSTRUMENTOS	43
2.10.1.	CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES AD-HOC.	43
2.10.2.	INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MASLACH BURNOUT INVENTORY) [MBI-HSS] VERSIÓN ESPAÑOLA DE SEISDEDOS (1997).	44
2.10.3.	CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHQ-28); (GOLDBERG Y HILLIER, 1979; VERSIÓN ESPAÑOLA DE MUÑOZ, VÁZQUEZ-BARQUERO, RODRÍGUEZ, PASTRANA Y VARO, 1979).	45
2.10.4.	ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE).	45
2.10.5.	CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL. (MOS SOCIAL SUPPORT SURVEY; SHERBOURNE Y STEWARD, 1991; VERSIÓN ESPAÑOLA REVILLA, LUNA DEL CASTILLO, BAILÓN Y MEDINA, 2005).	46
2.10.6.	CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. EPQR-A; FRANCIS, BROWN Y PHILIPCHALK, 1992; VERSIÓN ESPAÑOLA DE SANDÍN, VALIENTE Y CHOROT, 1999).	47
CAPÍTULO 3	.....	48
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS	.....	48
CAPÍTULO 4	.....	64
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	.....	64
CONCLUSIONES	.....	71
RECOMENDACIONES	.....	73
BIBLIOGRAFÍA	.....	74

ANEXOS..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación se centra en examinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) y su relación con el neuroticismo, en médicos y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca durante el año 2017.

Las fuentes bibliográficas fueron analizadas en forma cronológica desde la década de los años sesenta hasta la actualidad para dar sustento a los conceptos, desarrollo y modelos científicos del síndrome.

La investigación es exploratoria, descriptiva-transversal y cuantitativa. Se analizó los niveles y dimensiones del síndrome, mediante la aplicación de cuestionarios sobre variables sociodemográficas, Maslach Burnout Inventory, evaluación de los estilos de afrontamiento, apoyo social y personalidad además de sus antecedentes y consecuencias.

Los datos obtenidos determinan que no existe el síndrome de Burnout en el personal médico ni en el personal de enfermería debido a que las puntuaciones de las dos primeras dimensiones (agotamiento emocional y despersonalización) son bajas y en la tercera dimensión (realización personal) son altas, como consecuencia de la gran satisfacción por la labor que realizan.

PALABRAS CLAVES: Síndrome Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, estrategias de afrontamiento, malestar emocional.

ABSTRACT

The present investigation aims to examine the prevalence of the Burnout Syndrome in its three possible dimensions (emotional tiredness, depersonalization and lack of a sense of achievement) and its relation with neuroticism by examining the medical staff of three public health centers in Cuenca city during 2017.

The bibliography was analyzed in a chronological order since 1960 until present in order to fully comprehend the concept, development and scientific models of the Burnout Syndrome.

The present investigation was explorative, descriptive-transversal and qualitative. The levels and dimensions of the syndrome as well as its causes and consequences were analyzed through the application of questionnaires regarding sociodemographic variables, Maslach Burnout Inventory, evaluation of the coping methods, social support and personality furthermore its causes and consequences

The data obtained determine that there is no evident presence of the Burnout Syndrome in the medical staff of the three centers that were analyzed. Their scores in the first two dimensions: (emotional tiredness and depersonalization) were low. Concerning the third dimension (lack of a sense of achievement), their high scores can be explained because of the great satisfaction they feel for the job they make.

KEYWORDS: Burnout Syndrome, emotional tiredness, depersonalization and lack of a sense of achievement, confronting strategies, emotional discomfort.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación sobre el síndrome de Burnout con lleva una importante acción, como es la detección e intervención temprana de cualquier alteración en el ser humano para proteger la salud de las personas.

El objetivo de este trabajo es identificar el Burnout en los profesionales de la salud, en 17 médicos y 17 enfermeras, de tres Casas de Salud de la ciudad de Cuenca, mediante la aplicación de cuestionarios, cuyos contenidos abarcan: variables sociodemográficas, Maslach Burnout Inventory, evaluación de los estilos de afrontamiento, apoyo social y personalidad, con los que se podrá observar y velar por la salud integral de los profesionales, debido a que éstos suelen estar expuestos a situaciones estresantes, con las que deben lidiar diariamente, ocasionando el síndrome de Burnout. Actualmente, este síndrome es una realidad, por la prevalencia existente en nuestro medio, y, por tanto, debe ser afrontado.

El síndrome de Burnout es un conjunto de síntomas afectivos, cognitivos y psicosociales, el cual es identificable, según Maslach (1988), a través de tres componentes: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en el ámbito laboral, y que, basado en este modelo tridimensional, se expone el Maslach Burnout Inventory, como la primera alternativa psicométrica para un diagnóstico.

El primer capítulo de esta investigación, abarca el marco teórico donde se desarrolla la conceptualización del síndrome de Burnout y sus definiciones en las diferentes décadas, iniciando en la década de los setenta hasta la actualidad, consecutivamente nacen las fases o modelos teóricos del síndrome; además, se visualiza una explicación sobre las consecuencias en el trabajo, la familia y la prevalencia en los profesionales de la salud a nivel mundial, latinoamericano y nacional. Posteriormente,

se procesa y analiza las variables sociodemográficas, laborales y las variables asociadas a la personalidad en los profesionales.

El segundo capítulo aborda la metodología de esta investigación, el objetivo general y los objetivos específicos, además de la muestra de la población (médicos y enfermeras), respetando las normas éticas y la confidencialidad de los datos personales; también se describe los instrumentos utilizados para la recolección de información.

El tercer capítulo hace referencia al análisis de los resultados, donde se avizora la existencia o no del síndrome de Burnout y se interpreta las dimensiones de mayor riesgo dentro del mismo.

En el cuarto capítulo se encuentra la discusión de los resultados, donde se elabora el análisis de los mismos, tomando el marco teórico como referencia y los fundamentos científicos que favorecen una comparación, o hallazgos de similitudes, para conocer posibles riesgos o la presencia o no del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud.

Finalmente, se expone las conclusiones y recomendaciones, pudiéndose resaltar aquella recomendación referida a fomentar las capacitaciones que promuevan la información sobre el síndrome y la realización de diagnósticos, de forma individual para los profesionales de la salud, para que puedan evitar el desencadenamiento de un desgaste físico y emocional.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Burnout

El desgaste profesional o Burnout se traduce, literalmente, porque el individuo empieza a apagarse, fundirse o agotarse de forma posterior al esfuerzo optimista y con elevadas demandas emocionales, conllevándole a una gradual pérdida de interés por actividades que, con antelación, estuvo comprometido. Desde esta perspectiva global, es menester el abordaje de las múltiples definiciones que se han venido planteando para sintetizar, de manera apropiada, este desgaste laboral; es por eso que se hace hincapié al hecho de que es un síndrome que, eventualmente, se predispone como una reacción frente al estrés crónico que irá alterando así el área emocional, física y cognitiva (Macarena, 2009).

Burnout: Macarena (2009) menciona que es un "término inglés que se transcribe como: fundido, desgaste o volverse inútil por uso excesivo" (p.5). Siendo, sin duda, este último el que mejor consolida el juicio de la mayoría de autores que describen a este síndrome.

A criterio personal, considero que, sin duda, la búsqueda de un concepto que sea integrador, como un recurso unánime para los profesionales, facilitará el diagnóstico o ayudará a evidenciar cuándo una persona muestra signos y síntomas característicos del Burnout, conllevando, así, al adecuado tratamiento. Actualmente, son varias las definiciones y conceptualizaciones, que podrían desfavorecer a la persona víctima de este Síndrome.

1.2. Desarrollo del término

Considero importante mencionar que antes de que se consolidara el Burnout como un fenómeno psicológico en la década de los 50 (Will y Schwarts, 1953), ya existían evidencias de signos y síntomas de este desgaste en un profesional (enfermera), resultando ser un tema de gran interés que se expuso en una Revista Psiquiátrica, enfocando algunas consecuencias de este síndrome.

A continuación, se hará alusión a varias definiciones posteriores a este primer estudio de forma más detallada:

1.2.1. Definiciones de Burnout en la década de 1970.

En la década de los 70, Herbert Freudenberger (1974-1975) fue un médico psiquiatra reconocido como precursor de su propio estudio, que fue realizado mediante observación en asistentes a la clínica que él dirigía; describe al síndrome de Burnout como: Macarena (2009) “estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el resultado esperado de acuerdo al esfuerzo” (p.17).

Para este autor, la idea del fracaso ocasionaba una constante búsqueda de la existencia individual en el ámbito laboral, sumergiendo, así, al asistente, a una desadaptación ocasionada por el esfuerzo y exigencias propias del trabajo, desembocando en una falta de interés y disminución de importancia, síntomas éstos que no eran reconocidos ni liberados, llevándolo a ciertos desajustes que ocasionarían un desequilibrio psicológico. Las consecuencias eran aún más graves, ya que afectaba el estado físico, afectivo, cognitivo y conductual del profesional. La perspectiva de este enfoque, según el autor, recae sobre la importancia de los

factores propios o que cada individuo posee para comprenderlo; entre estos factores describe a las emociones, las motivaciones, los valores y la relación con el destinatario (médico-paciente), considerando, de esta manera, al síndrome como un estado.

1.2.2. Definiciones de Burnout en la década de 1980.

En los años 80, autores como Richelson y Fisher, describen ciertos elementos que se relacionarían con este síndrome, como por ejemplo, aburrimiento, cinismo, impaciencia, irritabilidad, distanciamiento, paranoia, entre otros, conceptualizando, de este modo, al Burnout: Maslach 2001 lo considera como un estado como consecuencia de una impresión emocional intensa del narcisista, que lleva, como factor principal, a una disminución en el autoestima del trabajador profesional (Macarena, 2009).

En el año de 1988, Pines E. Aronson y D. Kafry, conceptualizan al síndrome como un estado, mencionando lo siguiente: Macarena (2009) refiere que "es el estado de fatiga mental, físico y emocional, sentimientos de impotencia, baja autoestima producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes" (p.15).

En los años 1981-1986, Cristina Maslach y Jackson, refuerzan y dan a conocer una de las conceptualizaciones más cercanas científicamente, considerando que es una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, descrito por una sensación de agotamiento emocional, actitud fría y despersonalizada en la relación con los beneficiarios de su trabajo y, además, de realizar las tareas con sentimientos de inadecuación. Como dato importante, la autora Cristina Maslach, en 1977, ya utilizó el término Burnout, y, de forma paralela a Freudemberger pero con un enfoque social,

aportó sobre las respuestas emocionales en personas que ejercían su actividad laboral en profesiones de ayuda.

Esta definición ha sido la más determinante en el proceso de evaluación e investigación de este fenómeno psicológico en tres conceptos básicos:

El agotamiento, debido al contacto diario y permanente con personas a las cuales tiene que atender. Despersonalización, debido a mantener sentimientos y actitudes negativas dirigidas a las personas con quien labora; se produce un rigidez afectiva que los guía a culpabilizarse de sus dificultades. Falta de realización personal, que supone una autoevaluación negativa en torno a las propias capacidades laborales y a la manera cómo se relacionan con las personas beneficiarias de sus servicios (Macarena, 2009, p.17).

1.2.3. Definiciones de Burnout en la década de 1990.

Continuando con la evolución histórica y delimitando definiciones, se establece la perspectiva clínica y la psicosocial.

Año 1993: Burke y Richardsen plantean como un proceso que se da a nivel individual, como una experiencia psicológica, que incluye sensaciones, actitudes y motivos que suponen una experiencia negativa, que ocasionan problemas de apatía. En este mismo año, el autor L. Rubio, enfoca el tema como una sintomatología depresiva que surge en el individuo y le hace sentir como un fracaso de sus intervenciones, generándole pérdida de autoestima, pues supone que su trabajo y esfuerzo no son útiles.

En 1997, Gil-monte y Peiro, enfatizan en la importancia de establecer discrepancias en el Burnout como estado o como proceso. Bajo esta perspectiva, el Burnout (estado) se mostraría como respuesta ante el estrés crónico, conllevando a etiquetar al profesional. El Burnout (proceso) se evidenciaría como un mecanismo de afrontamiento al estrés, e implicaría algunos pasos (Carlin Maicon, 2010).

Otro autor, en esta misma década, Mingote Adam, 1998, se sumergió al trabajo cobijado de la indefensión aprendida de Seligman, el cual exigía que el profesional entregue tiempo extenso, involucramiento emocional con el receptor, bajas alternativas de control eficaz, concluyendo que existe la carencia o que no existe consistencia científica del síndrome, llegando a catalogar al Burnout como “cajón de desastre” (Macarena, 2009).

1.2.4. Definiciones de Burnout en la década de 2000.

Peris, en 2002, menciona que el Burnout sería un trastorno que se evidencia por la sobrecarga y la desestructuración de las cogniciones, que sobrepasa los límites de capacidad de los seres humanos. En 2003, Kaprinis plantea que, si se evidencia agotamiento emocional, se eleva el cinismo y se da un descenso del sentimiento de eficacia, estarían ante el síndrome de Burnout o “desgaste psíquico”, además, agrega que el término Burnout no es sinónimo de estrés ni fatiga laboral o de depresión. Aranda, en 2006, menciona que el Burnout es un término anglosajón, que se refiere a estar quemado, exhausto, donde se desvanece la ilusión por el aspecto laboral (Carlin Maicon, 2010).

Pedro Gil-monte y Peiro, 2005-2010, desde una perspectiva psicosocial, abordan el síndrome como un proceso con componentes cognitivo-actitudinales, que supone agotamiento emocional y despersonalización. Dentro de los factores claves que

contribuyeron y siguen contribuyendo, en la actualidad, están la frecuencia e intensidad del desgaste, describiéndose los siguientes:

Transformaciones en el entorno socioeconómico.

Cambios demográficos en la población trabajadora, repercutiendo en la comunicación, roles y empatía con los receptores.

Avance continuo y rápido de la tecnología, que ha llevado a masificar la atención a pacientes, que contrasta con la forma lenta de la administración y, por tanto, la resolución tardía de discrepancias en el ámbito laboral (Macarena, 2009, p.23).

Considero oportuno manifestar que, indistintamente de la década aquí expuesta sobre el Burnout, existen factores en común, referidos a la presencia del malestar en la vida de la persona en las esferas biopsicosocial, consecuentemente, el producto final, es decir, las tareas a realizar, se verán afectadas, desencadenando una serie de consecuencias en la vida individual, laboral y familiar del individuo que lo padece. El abordaje o la canalización de la tensión reducirían el estrés que experimentan los pacientes.

1.2.5. Definiciones de Burnout de la década de 2010 hasta la actualidad.

El autor Sahili González, en 2010, considera que los profesionales desarrollan más sintomatologías desencadenadas por el estrés, que tienden a producir enfermedades psicosomáticas con el carácter de progresivas. En la actividad sanitaria, médico-enfermera, y docencia, se registran mayores perturbaciones a causa del estrés, que pueden prolongarse, convirtiéndose en Burnout o síndrome de “quemarse” en el ámbito laboral. Rodríguez manifiesta que el estrés proviene de diversas fuentes, donde la intensidad resultaría como factor decisivo de la aparición del Burnout, conllevando a significativos niveles de abandono laboral.

Considero importante mencionar que el Burnout no consta dentro de las descripciones de los criterios de diagnóstico del DSM 5, pues aún no se la reconoce como entidad propia; sin embargo, se ha hecho alusión a una posible inclusión dentro del DSM-IV en lo pertinente a los trastornos adaptativos; también se ha recomendado incluirle en la clasificación del CIE 10, ya que sí existen reactivos que aportarían a su detección.

Por último, con estas definiciones, a través de los aportes evolutivos, puedo llegar a la conclusión que el síndrome de Burnout se presentaría como consecuencia del proceso de estrés, predisponiendo, así, al profesional a experimentarlo o a vivirlo, como resultado de un factor elemental, que se refiere a la interacción profesional-paciente, trabajador-cliente, desencadenando una prolongación negativa que conlleva a la aparición del síndrome.

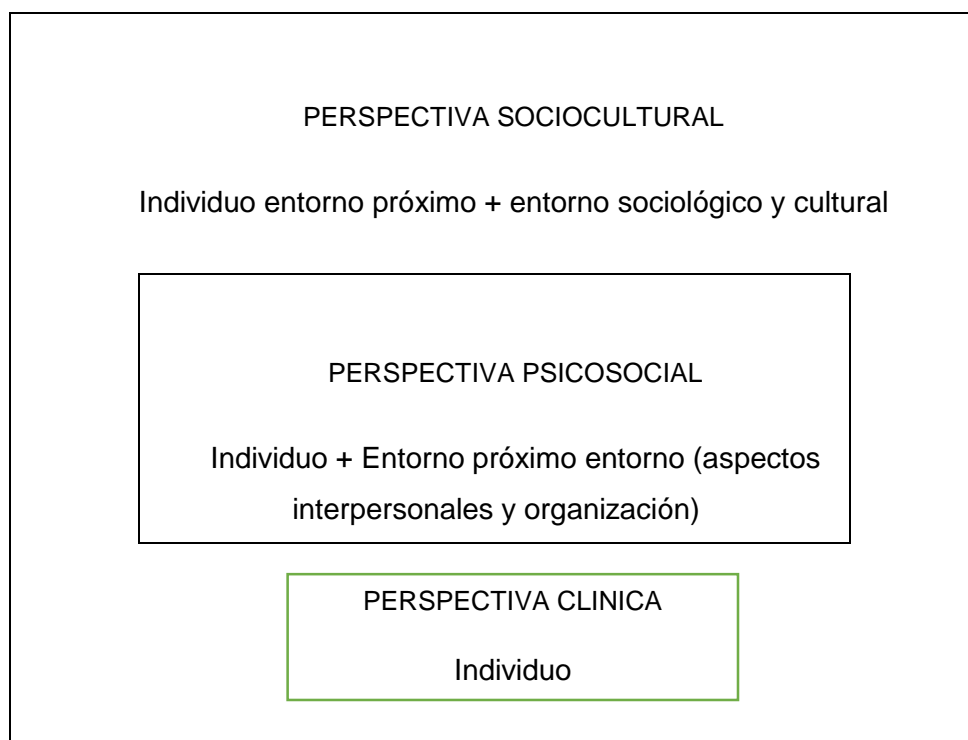


Figura 1. Cuadro de Perspectivas
Fuente: Macarena, Gálvez Herrero, 2009
Elaborado por: Matute Piedra, R.

Las perspectivas descritas en esta figura, muestran al individuo dentro de su entorno más próximo, es decir, el lugar donde se efectúan diariamente las labores; posteriormente, su entorno psicosocial y la clínica, en la que está bajo un tratamiento ya iniciado. La una está estrechamente ligada a la otra, degenerando, así, la situación del individuo, que va profundizándose paulatinamente hasta culminar con el desgaste del profesional. La secuencia sería: de la clínica a lo social y, finalmente, a lo sociocultural.

1.3. Desarrollo y fases del Burnout

Como una necesidad, surge la búsqueda de la etiología del síndrome de Burnout, teniendo en cuenta que es un episodio que debe ser explicado y, consecuentemente, nace el desarrollo de modelos y fases, dando lugar a varios modelos teóricos que conllevan a considerar los antecedentes y consecuencias en los profesionales que presentan signos y síntomas de agotamiento laboral.

1.3.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

A partir de estudios y datos empíricos, aparecen una serie de fases; para estos autores, las actitudes de despersonalización son ya el síntoma inicial de desarrollo del síndrome, debiéndose entender como una unidad disfuncional de afrontamiento; es decir, la despersonalización daría lugar a la baja realización personal y finalizaría con el cansancio emocional; a estas dimensiones se les otorga puntuaciones y comprenden, a su vez, 8 fases.

Se ubica en la primera fase a un individuo cuando puntúa por debajo de la media; en el caso de puntuar por encima de la media en dos de las tres dimensiones, se le

colocaría en la segunda fase; de igual forma, se le otorga una puntuación cualitativa del proceso agudo o crónico; sin embargo, para desarrollar el síndrome de Burnout, no es necesario pasar por todas las 8 fases sugeridas en este modelo (López Lara, 2013).

1.3.2. Leiter y Maslach (1988).

En esta fase, el elemento central del Burnout es el sentimiento de agotamiento emocional, que provocaría despersonalización y falta de realización personal en el ámbito laboral. Paralelamente, agrega otras dos consecuencias, que hacen alusión a la falta de compromiso y al aumento del absentismo. En este proceso, las condiciones individuales para actuar son consideradas como variables intermediarias entre sentimientos de cansancio emocional y los de baja realización de la persona en el trabajo (López Lara, 2013).

Coexiste una dinámica permanente entre el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización, siendo, una reacción en cadena, la que permitirá visualizar a la persona afectada y en qué dimensión del síndrome de Burnout estaría. Estas dimensiones no son excluyentes; todos los pacientes las presentarán, dependiendo del nivel alcanzado dentro del proceso. Maslach apunta al primer elemento en surgir, que es el cansancio emocional, posteriormente, a la despersonalización y, finalmente, a la baja realización personal (López Lara, 2013).

1.3.3. Leiter (1993).

Mediante ciertos trabajos que este autor elaboró, reformula su estudio de las ecuaciones estructurales entre tres dimensiones y de algunas consecuencias y antecedentes de las variables del síndrome, dándole como resultado final, que la

relación entre realización personal y despersonalización en el ámbito laboral no es relevante, como a un inicio sospechaba.

En contraposición al modelo anteriormente expuesto, este modelo supone:

- a) Los sentimientos de despersonalización no miden la relación entre cansancio emocional y realización personal en el trabajo.
- b) La realización personal baja en el ámbito laboral resulta directamente de los factores estresores de un trabajo y aparece de forma similar a los sentimientos de cansancio emocional como una respuesta del individuo a estresores dentro del trabajo, como es la falta de apoyo social.
- c) No hay ningún planteamiento entre sentimientos de realización personal laboral y las actitudes de despersonalización (López, 2013, p.26).

1.3.4. Lee y Ashforth (1993).

Sus aportes están en torno a la despersonalización y baja realización del individuo resultaría de una consecuencia continua de los sentimientos de cansancio emocional; de igual manera, tampoco creen que la despersonalización resulte como una variable mediadora como la plantea Maslach.

Se consideraría por lo tanto que dos son las dimensiones a quienes estos autores atribuyen como desencadenantes o mantenedoras de los signos del burnout.

1.3.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

Plantean un modelo integrador, que inicia con los estresores organizacionales, tales como: entorno social, sistema físico tecnológico y sistema social interpersonal; los resultados en un individuo sería, por lo tanto, recurrir, inmediatamente, a estrategias de afrontamiento, en el momento preciso en que surja o se perciba el estrés (Macarena, 2009).

Estos autores plantean las siguientes fases: Baja realización personal y Cansancio o agotamiento emocional, dando como consecuencia la Despersonalización.

Agotamiento emocional: el agotamiento surge por el continuo contacto con las personas atendidas, produciendo, en el profesional, ideas de “ya no poder más” en el área afectiva.

Despersonalización: involucra sentimientos negativos, actitudes y cinismo hacia los destinatarios de la atención.

Baja realización personal: entendida también como la falta de realización expresada en la tendencia a autoevaluarse negativamente, recayendo en la falta de habilidades o de asertividad con los beneficiarios. (Parra , 2012)

Posteriormente, surge otra dimensión, en donde se ubica a los sentimientos ocasionados por la culpa, por lo tanto, existiría otra variable del síndrome de Burnout, dando lugar a la exposición de dos patrones, a saber:

1. Los profesionales que no desarrollan sentimientos de culpa abruptos serían capaces de afrontar y de adaptarse a su ámbito laboral.
2. Añadir los sentimientos de culpa, como dimensión del síndrome, ratifica la existencia de una dimensión más.

En consecuencia, este modelo resultó ser el más apropiado, no solo para el análisis del desgaste laboral sino también para considerar, a su vez, factores de antecedentes en la actividad y organización, aparte de las consecuencias a nivel de la salud física y emocional de la persona y a nivel socio-laboral (Macarena, 2009)

En definitiva, en el síndrome de Burnout, la participación del ambiente en conjunto con el individuo y la circunstancia que está experimentando; daría lugar a revelar los recursos, tanto cognitivos como emocionales, para evitar o disminuir cualquier situación negativa y amenazadora como un mecanismo de defensa contra el desgaste laboral.

1.4. Consecuencias del Burnout en Profesionales de la Salud

Las consecuencias del síndrome de Burnout, en su mayoría, se han enfocado en el ámbito emocional; esto puede ser planteado en virtud de que ya Cristina Maslach, en su definición operativa, elaboró la escala de evaluación, que consta de 22 ítems, de los cuales, 12 dan lugar o se refieren al factor emocional-afectivo; los otros ítems se refieren a lo cognitivo y a lo conductual. Sin embargo, las consecuencias del desgaste laboral recaen en áreas tales como la salud, en el ambiente laboral, trasladándose, de este modo, al entorno familiar de cada profesional con Burnout. A continuación, se detalla cada uno de estos ámbitos:

1.4.1. Consecuencias en la salud.

A los síntomas que afectan a la salud de la persona, se los divide en dos, siendo, el primero, los síntomas físicos, y, el segundo, los síntomas emocionales:

- Síntomas físicos: podría iniciar con cansancio o fatiga de los hombros, espalda y cuello (estrés), acompañado de dolor muscular, dolores fuertes de la cabeza (cefalea), dificultad para dormir, hipertensión, cardiopatía, desórdenes gastrointestinales con aumento y disminución de peso. En las mujeres, incluso, se produce amenorrea (desaparecen ciclos menstruales). Todos estos síntomas provocarían malestar en el profesional, llevándolo a una realización insuficiente de sus responsabilidades, e incluso, en la calidad de su desempeño, con resultados perjudiciales, obviamente (Martínez, 2010).
- Síntomas emocionales: la instauración de ideas o pensamientos negativos aparece una vez que se instaura el agotamiento emocional; la frustración, la concentración y la atención se alteran; la impaciencia, irritabilidad, ansiedad, síntomas depresivos, impotencia y culpa, son algunos de los síntomas que aparecen en los profesionales.

A medida que estos signos, tanto físicos como emocionales, vayan incrementándose, conseguirán un rendimiento poco idóneo, hasta llegar al aburrimiento, cansancio, falta de interacción -que evita la comunicación-, deseos de abandonar el empleo, e inclusive, al abandono emocional con repercusiones suicidas; es decir, el deterioro se traslada a toda la vida en general, alcanzando a desequilibrar, en gran medida, la salud mental del profesional, familiares y más gente de su entorno (Martínez, 2010).

1.4.2. Consecuencias en el trabajo.

Varias son las consecuencias para la organización laboral, puesto que las designaciones de las tareas y calidad de la atención, así como las actividades diarias, se verán fisuradas; esto se tornará negativo, ya que el ambiente será incomodo, pesado, e incluso, tedioso. De forma progresiva, los resultados negativos irán empeorando, ocasionando la falta de compromiso al ejecutar sus servicios.

Si una empresa o institución no es capaz de ajustar las necesidades de cada profesional que tiene signos y síntomas del agotamiento, ambas partes afrontarán serias dificultades, ya que el empleado podría desilusionarse y abandonar su empleo o podría no atender de forma óptima a sus clientes-pacientes, dilatando o no canalizando los requerimientos del usuario (Martínez, 2010).

1.4.3. Consecuencias en la familia.

Aunque no hay amplios estudios sobre las consecuencias a nivel familiar, es necesario abordarlo, pues existen grandes riesgos individuales que conllevan al sufrimiento y angustia de quienes más lo aprecian, por lo tanto, considero que en los familiares en los que se proyecta o los que receptan el malestar del profesional, se presentan las siguientes consecuencias:

- a) Pareja: como una de las consecuencias conductuales del profesional se enfoca el alcoholismo, la drogadicción, la depresión, dificultades económicas, etc.; esto, a su vez, por cualquiera de estas razones, conllevaría al abandono

del profesional; concomitantemente, la desintegración de la pareja, incrementaría los signos y síntomas del síndrome.

- b) Hijos: personas con Burnout tienden a mostrarse irritables, agresivos, con estado de ánimo bajo, lo que ocasionaría la falta de tiempo, de calidad, con sus seres queridos.
- c) Padres: el desconocimiento o la impotencia de no poder ayudar al familiar afectado,
- d) podría provocar fricciones en torno a la comunicación e inclusive problemas económicos, ocasionando fuertes discrepancias de convivencia (Martínez, 2010)

De modo personal, considero que estas consecuencias acarrearán gran preocupación, pues, si tan solo este aspecto determinaría la gravedad a la que se expone un individuo, resultaría urgente una intervención en pro de la salud integral del profesional en riesgo, ya que la parte emocional, conductual y social se va alterando, imposibilitando o deshabilitando a las personas. Estos resultados, a su vez, permiten considerar la importancia de la prevención en sus distintos niveles, ya que revisten una vital importancia para los profesionales de la salud mental.

1.5. Modelos explicativos del Burnout

La necesidad de la búsqueda de las causas del síndrome de Burnout, como ya se ha ido exponiendo e identificando, son diversas, pues existen elementos, factores, consecuencias, antecedentes, que se han tenido en cuenta para poder encontrar la etiología de este síndrome; es por este motivo que se mencionan varias discrepancias como producto de este hallazgo, y, como una forma dinámica, por así decirlo, a continuación se aborda algunos modelos explicativos de mayor relevancia:

1.5.1. Modelos basados desde la Teoría Socio-cognitiva del Yo.

En este modelo se debe considerar dos elementos de gran relevancia:

1. Cogniciones: las cogniciones influyen en la percepción de una realidad, pero, conjuntamente, estas cogniciones se verán distorsionadas por los efectos y consecuencias observadas.
2. Dependiendo de la determinación dada por la autoconfianza del profesional, las acciones se verán afectadas por consecución de objetos y consecuencias emocionales.

Resulta evidente que estos enfoques recurren a todas las variables del psicoanálisis, específicamente, del Self descrito por S. Freud (Pérez, 2010, p. 55)

1.5.2. Modelo de Competencia Social de Harrison.

En el año 1983, este autor manifiesta que los profesionales ligados a la asistencia, tienden a la ayuda altruista de forma desinteresada y con gran actitud, pero, cuando ya se sumergen en el ambiente laboral, se va evidenciando la existencia de ciertos componentes o elementos desfavorecedores que bloquearan o servirán de barrera, a la hora de trabajar, que definirán su participación. También menciona que, por otra parte, si hay componentes de ayuda y alta estimulación efectiva, los efectos serán beneficiosos debido a la gran efectividad y sentimientos de competitividad social. Dentro de los beneficios de una actitud efectiva a nivel institucional, hace referencia a la existencia de objetivos, recursos, capacidades, entre otras. En el caso de no existir los elementos necesarios para cubrir las necesidades del profesional, progresivamente se inicia el síndrome de Burnout (López Lara, 2013).

1.5.3. Modelo de Autoeficacia de Cherniss.

En el año 1993, este autor considera que la prolongación libre e independiente, a más de eficaz, de los objetivos, aumentaría la eficiencia del profesional. Así mismo, analiza que la no prolongación de estos objetivos, desembocaría en un fracaso a nivel psíquico que, inevitablemente, contribuiría al proceso del síndrome de Burnout.

1.5.4. Modelo de Pines.

Pines, también en el año 1993, manifiesta: Martínez, (2010) menciona que el “síndrome de Burnout permanece cuando el individuo sitúa su búsqueda de la comprensión existencial en el área laboral y falla en su labor” (p.56).

El modelo más motivacional es precisamente el de Pines, quien considera que los profesionales que se agotan o se “queman”, son los que poseen un alto sentido de motivación y elevadas expectativas. Además, sugiere que si bien un trabajador con desmotivación inicial podría experimentar estrés, fatiga o sentimientos de tristeza, sin embargo, no desarrollaría el síndrome de Burnout.

1.5.5. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.

Cuatro son los componentes implicados en este modelo, en el desarrollo del burnout. Estos autores señalan que la autoconfianza juega un rol fundamental. A continuación, los componentes:

1. Discrepancias en las demandas de la actividad y los recursos.
2. La autoconciencia.
3. Expectativas de éxito individual.
4. Autoconfianza

Concluyen que, después de reiterados fracasos o desilusiones consecutivas de los objetivos del trabajo, unidos a elevados niveles de autoconciencia de las dificultades entre las demandas y recursos, se acudiría a estrategias de afrontamiento de la circunstancia amenazante (Pérez, 2010, p.19).

1.6. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

1.6.1. Modelo de Comparación Social de Bunk y Shaufeli.

Según estos autores, tres son los elementos del estrés que estarían relacionados con este modelo. En primer lugar, está la incertidumbre, que resulta de la ausencia o la poca consciencia de las propias ideas y sentimientos sobre cómo afrontar; en segundo lugar, se encuentra la percepción de equidad, que resultaría de lo que se recibe y lo que se da durante la interacción social; en tercer lugar, se da la falta de control, que hace referencia a la capacidad que posee de controlar los resultados de sus actos en el área laboral.

1.6.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy.

Este modelo especifica que, cuando la motivación del profesional se ve negada o rechazada, llegaría a cierto nivel de estrés, que desencadenaría en el síndrome de Burnout; sería, recurriendo a las estrategias de tipo activas, que resultarían de una correcta forma de afrontar el estrés.

La idea principal que exponen estos autores, es que los profesionales trabajadores aumenten y conserven los recursos a los cuales le dan valor; por lo tanto, el síndrome no aparecería, a menos que estos recursos se vean amenazados. De acuerdo con esta teoría, la exposición continua conseguiría estados de cansancio, tanto físico como emocional. Este modelo, consecuentemente, define tres elementos de recursos, que serían: propósitos, características personales, capacidades físicas (Martínez, 2010).

1.7. Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional

Los siguientes tres modelos estarían desarrollados dependiendo de los factores estresores, es decir, si en una institución laboral carece de un buen ambiente, de la definición de funciones y de roles, a más de la incapacidad de afrontamiento, se desarrollaría el síndrome de Burnout.

1.7.1. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

En 1988, el modelo de fases considera que, con un carácter progresivo y con frecuencia continuo, un elemento va a precipitar la aparición de otro elemento; por lo tanto, en secuencia, ubicaríamos a la despersonalización, seguida de realización personal baja, y, finalmente, el cansancio emocional.

Golembiewski, en 1986, expresa: Martínez (2010) asevera que “la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol- en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral” (p. 58).

También menciona las siguientes fases: la primera, presencia del estrés debido a la sobrecarga laboral y pobreza de los roles, conllevando a la incapacidad de autocontrol; la segunda, existencia de ciertas estrategias de afrontamiento ante una circunstancia amenazadora dentro del ámbito laboral.

1.7.2. Modelo de Winnubst.

En este modelo, la conceptualización planteada por Pines y Arison en el año 1988, es la que se adopta, pues consideran que nace de las interacciones entre tensión, apoyo social y la cultura de la organización. Para este autor, la cultura organizacional es la que estaría determinando esta estructura y, como consecuencia, el síndrome cambiaría en función del tipo de cultura institucional del soporte o apoyo social.

1.7.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Estos autores sugieren que el síndrome se evidencia como un evento particular, originándose en profesiones humanitarias y que, el agotarse emocionalmente, es un elemento fundamental o esencial del Burnout. Consideran a la despersonalización como una técnica de afrontamiento y la escasa realización personal como la consecuencia del área cognitiva del estrés a la que se ve sujeto el profesional (Martínez, 2010).

Los modelos de fases explican diferentes características, a las cuales, cada autor, les otorga su respectiva relevancia, sin embargo, existen coincidencias tales como la sucesión, progresión e interacción, independientemente de la particularidad subyacente en el proceso. Al unificarlos, se puede consolidar el panorama del

síndrome, de forma más óptima, para considerar la aparición de Burnout, pues pienso que la suma de estos modelos aclara la visión y tendríamos mejores perspectivas para afrontarlo. Mientras, por un lado, se aporta los elementos emocionales, otros mencionan la organización o estructura de desarrollo laboral del paciente así como la red de apoyo; por lo tanto, se trata de buscar la integridad de elementos.

1.8. Modelos sobre el Proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo

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

Este modelo es conocido para aplicación durante la evaluación del SQT; se denomina tridimensional porque se enfoca en tres dimensiones que favorecerán en los aspectos cognitivos, emocionales y en las actitudes que radican en la psique. En base a este modelo se logra confirmar la conceptualización del Burnout (Parra, 2012).

Es un instrumento que consta de 22 ítems y está dividido en tres sub-escalas; se considera que posee gran fiabilidad. Es utilizado a nivel internacional, ya que las dimensiones planteadas por estos autores son las que mejor se acomodan para conceptualizar el síndrome de Burnout.

1.8.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

Macarena (2009) En 1980, menciona que “síndrome de Burnout resulta de una serie de sucesos consecutivos de decepción o desencanto hacia las tareas laborales, recurriendo a plantear un proceso de cuatro fases” (p.62).

Las cuatro fases que se mencionan son: Entusiasmo, estancamiento, apatía y distanciamiento, las cuales presentan las siguientes características:

La etapa de entusiasmo hace referencia a una valorización excesiva de sus capacidades que le lleva a desconocer los límites tanto internos como externos.

En la fase de estancamiento, el profesional entra en una etapa de reconocer que no se cumplen sus expectativas por lo que se evidencia una disminución en su desempeño.

Apatía es la etapa en la que el individuo reacciona con la paralización de actividades, la frustración y falta de interés desencadenan en otras consecuencias.

Distanciamiento se presenta desvalorización profesional con sentimientos de vacío total que se manifiesta en una evitación de retos profesionales con el fin de no arriesgar la seguridad laboral.

En consecuencia, se observa que el Síndrome de Burnout pasa por fases que van desde una euforia inicial hasta el aislamiento voluntario.

1.8.3. Modelo de Price y Murphy

En este modelo se establece una forma de adaptación a las circunstancias de un estrés crónico frente al ámbito laboral; estos autores lo representan en componentes sintomáticos que se detallan a continuación:

- Desorientación
- Inestabilidad emocional
- Culpa, acarreada por el fracaso profesional
- Depresión
- Búsqueda de ayuda
- Equilibrio

Como se puede observar, inicia con la desorientación, inestabilidad emocional, culpa acarreada por el fracaso profesional que lleva al afectado a sentir soledad y tristeza. Si la persona maneja correctamente esta situación y decide pedir ayuda, podría superar esta fase y lograr la adaptación y el equilibrio.

1.9. Modelo de la Teoría Estructural, Modelo de Gil Monte

Para una explicación integradora de la etiología del Burnout desde el modelo estructural, se ha considerado de vital importancia los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales. Se enfocan en modelos transaccionales, ya que se mantienen en el hecho de que el estrés resultaría como finalidad de un desequilibrio de la percepción entre demandas y capacidades del trabajador (Martínez, 2010). Este enfoque, en el año 1997, menciona a los elementos de tipo personal, organizacional y la forma de afrontamiento. En consecuencia, los signos y síntomas aparecerán como respuesta al estrés percibido como conflicto-ambigüedad de roles que se produce de una reevaluación del cómo se afrontó la circunstancia negativa y amenazadora.

Para concluir, debo mencionar que la detección y, de alguna manera, el tratamiento, surge desde hace aproximadamente dos décadas, sin embargo, hay algo claro y es lo referido a que los descubrimientos surgen del aporte psicoanalista, pero la importancia recae en el modelo de tinte social, pues los efectos, aportes y resultados

de estos modelos son los más amplios expuestos, inclusive el desarrollo de herramientas útiles para la detección del síndrome.

1.10. Prevalencia del Burnout

Para la determinación cuantitativa de los profesionales que han presentado el síndrome de Burnout, se han llevado a cabo múltiples estudios, de los cuales se concluye que los médicos y enfermeras o los profesionales de la salud, son los mayormente afectados, sin embargo, existen factores relacionados a la edad, sexo, género, presencia de hijos, antigüedad en el ejercicio profesional, etc., que se han de tomar en cuenta.

1.10.1. Prevalencia en Profesionales de la Salud a nivel Mundial.

En las aportaciones de investigación sobre la prevalencia, se ha considerado las tres áreas o dimensiones en los profesionales de la salud. Los resultados obtenidos nos dan a conocer que la relación es de 1 a 3, es decir que un profesional de cada tres, sufre del síndrome.

En diversos estudios realizados en España donde se trabajó con médicos-pediatras y generales, enfermeras y auxiliares de enfermería de un Centro de Salud de atención primaria, se ha considerado que las dimensiones en todos los estudios son los mismos y la línea de corte se mantiene por igual, sin embargo, el indicador “grado”, en este estudio se mantiene, en tanto que, en otros estudios, sí se han obtenido variaciones, dejando conocer que va de leve a moderado y a grave; tal es el caso del Hospital de Murcia-España, donde se detectaron a profesionales de enfermería con el 30% en despersonalización (Gloria, 2016). Se ha encontrado que el síndrome de Burnout, en estos profesionales, manifiesta consecuencias

conductuales, donde el incremento del consumo de café, alcohol y fármacos va en aumento, así como evidencia conductas adictivas y de evitación; esto, en una investigación a cuarenta profesionales que ejercen la profesión no más de 10 años. En esta investigación, no se ha registrado relevancia en cuanto a la condición de género.

Para conocer los resultados que se han obtenido en este estudio, debe considerarse el cuestionario aplicado así como factores línea de corte, interpretación de las dimensiones, culturales, económicos, ambientales, etc. (Macarena, 2009).

1.10.2. Prevalencia en Profesionales de la Salud a nivel de Latinoamérica.

Para conocer los resultados que se han obtenido después de un estudio en Colombia, ha de tomarse en consideración el cuestionario aplicado, así como factores de línea de corte, interpretación de las dimensiones, culturales, económicos, ambientales, etc.

El estudio de tipo transversal, con 58 profesionales, con una duración de un año, (2006-2007), que ha sido iniciado de un resultado anterior, que ha sido de 7.5%, para conseguir una estimación de incremento o no. La muestra con la que se ha trabajado, ha sido de 11.530 profesionales de la salud en torno a Latinoamérica. Cada uno ha recibido información sobre los objetivos y el método a utilizarse. Se ha aplicado el instrumento de Maslach Inventory (MBI), que consta de 22 ítems y 3 dimensiones. Agotamiento emocional, con 9 ítems, despersonalización, con 5 ítems, y realización, con 8 ítems; cada ítem se ha valorado de 0 a 6 para el análisis final. Los resultados se han analizado con variables cuantitativas y cualitativas (Macarena, 2009). Los Profesionales de los países de residencias que han participado son: Argentina, 65.1%, México, 19.8%, Ecuador, Perú, Colombia, El Salvador, Guatemala, 1%, y, con

menos del 1%, en orden decreciente, está Venezuela Bolivia, Panamá y Chile. Variables consideradas: sexo, estado civil, enfermedades crónicas, económicas, profesión (médico, enfermería, psicología) y país.

Los resultados se han obtenido en base al lugar de residencia, concluyendo que Argentina y España tienen mayor incidencia del síndrome de Burnout, dejando, como posible explicación el hecho de la situación social y económica en torno al profesional (Martín, 2009).

1.10.3. Prevalencia en Profesionales de Salud a nivel Nacional.

Guamán (2014) menciona que “Entre los profesionales ecuatorianos, la prevalencia del síndrome de Burnout tiene un 28,4% en grado leve, un 16% en grado moderado y un 23.8% en grado grave” (p.3). En la ciudad de Cuenca, los profesionales de la salud han registrado una prevalencia de: leve: 32,42 % moderado: 26,56% y grave: 41,03%.

Los datos obtenidos en los profesionales, se han recogido mediante variables tales como: género, antigüedad laboral, edad, estado civil. Aunque no se ha hallado consistencia en cuanto al factor género, existen varios estudios que, por el contrario, consideran que el género femenino es más propenso al desgaste emocional (AE), que es una de las dimensiones del cuestionario de Maslach, y que los varones médicos tienden a la despersonalización, que es otra de las dimensiones para la incidencia del síndrome de Burnout (Guamán, 2014).

Los aportes encontrados, aunque son escasos, dejan bastante claro el proceso a seguir y las variantes a considerar para próximos estudios. Aunque la prevalencia a nivel mundial, como en el caso de España, en donde existen más afectados, o con

mayor incidencia, no considero menos importante la influencia negativa en los países latinoamericanos, como Argentina, por ejemplo. Con toda la información obtenida, queda más claro cuál es el inicio o punto de partida para conocer y reconocer los riesgos a considerar para nuevos aportes investigativos.

1.11. Variables asociadas de Burnout

1.11.1. Variables Sociodemográficas en profesionales de la salud.

Las variables enumeradas dentro de este apartado van a actuar como moduladoras o como antecedentes del síndrome de Burnout, sin embargo, se ha considerado que no existe información que de una verdadera autenticidad a la influencia de estas según afirman algunos investigadores; hay quienes manifiestan que los resultados del análisis de estas son las que mayor contradicción ocasiona dentro del desarrollo del burnout, por lo tanto, algunas de las más relevantes variables personales que se consideran moduladoras como ya se mencionó pero también podrían resultar como inhibidoras del síndrome, tenemos las siguientes:

Edad.- Menor incidencia a mayor edad. La explicación estaría entorno a la experiencia ya que estos profesionales muestran o ya han ganado la autonomía y al adecuado manejo del estrés.

Género.- Los varones tienden a mostrar índices más elevados de despersonalización que las mujeres los resultados han demostrado que los varones en comparación a las mujeres podrían mantener más distanciamiento o menos involucramiento con los beneficiados, esto nos ayudaría a comprender porque en las mujeres existe más desgaste emocional y en los hombres la despersonalización (Martín, 2009).

Relación de pareja.- Dos factores claves que se han considerado son la calidad de la relación y el aporte beneficioso o el apoyo que podría proporcionar la pareja.

Paternidad e hijos.- El agotamiento emocional y la despersonalización se relacionan con el género y el número, ejemplo se encontró que si una profesional tiene dos o más hijos los niveles en esta dimensión incrementan significativamente. Por otra parte en el estudio de Gil-monte señala que no existen datos significativos para esta variable.

Antigüedad.- En un estudio se encontraba una relación en el tiempo de 15 años y otro de más de 16 años laborando, dando a conocer que los valores no son significativos en este tiempo de tareas laborales. Pero a pesar de este dato también existen ciertos resultados que defienden el hecho de que si un trabajador se desempeña de forma desinteresada al año de servicio podría desencadenar desgaste emocional debido a la falta de designación de roles o un ambiente poco agradable (Martín, 2009).

Personalmente, concuerdo con la idea de que las perspectivas sociales, en lo referente a las variables sociodemográficas, a nivel individual, ejercen gran influencia, ya que ciertos factores tales como género, edad y familia, van a repercutir, y, sin el aporte o apoyo necesario, resultaría menos difícil desencadenar eventos de estrés y, a su vez, iniciar con ello el proceso del síndrome de Burnout.

1.11.2. Variables Laborales en profesionales de la salud.

Se tomó en consideración las siguientes variables en una muestra de 440 profesionales médicos-enfermeras, durante un estudio, el cual se llamó motivación laboral y dificultades del Burnout en Madrid del 2008 (Gloria, 2016).

- Género: varón mujer.
- Tiempo de trabajo: lugar o plaza
- Empleado o desempleado: si o no.
- Número de pacientes atendidos: 25 al día, 35 pacientes al día o más de 35.
- Turno en el cual trabaja: mañana, tarde u otro.
- Número de profesionales en actividad: 4 o más y menor a 4.
- Remuneración: si resulta que el pago es a tiempo o si este es lo bastante generoso según la actividad realizada.
- La ambigüedad de rol: básicamente se da por la incertidumbre de las exigencias de las propias actividades y de los métodos con las que debe ser ejecutada y a la impresión negativa sobre los propios resultados alcanzados, de forma que se vería ignorado si las acciones laborales ejecutadas se está efectuando acorde a las exigencias requeridas y a las perspectivas puestas sobre los profesionales de la salud.
- Situación laboral: dentro de esto se señala la monotonía, la falta de compromiso y consecuencias institucionales. Ejemplo: los profesionales con trabajos estables ven su empleo como algo rutinario.

Con los resultados obtenidos surgió la necesidad de considerar si en la institución se cuenta con los recursos apropiados para afrontar los signos y síntomas que podrían limitar tanto al empleado como a la administración de la misma, pues cuando el profesional presenta síndrome de burnout su eficacia y calidad en las tareas se verán afectadas y a su vez la organización tendrá repercusiones graduales e importantes. Ejemplo el abandono del empleo sin previo aviso.

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

Los rasgos de personalidad resultan de gran interés para el análisis del Burnout pues recientemente los estudios se han visto en la necesidad de considerar la relación coexistente entre el desgaste emocional y con niveles elevados de individuos neuróticos y la extroversión (Macarena, 2009).

En cuanto a los médicos, se han evidenciado características individuales tales como: Macarena (2009) refiere que “la baja autoestima, disforia, inadecuación, ansiedad y aislamiento, que contribuyen a elevados índices del desgaste a nivel emocional” (p.78). Esto se ha elaborado con el Inventario de Personalidad (MMPI).

Posteriormente con un grupo de 440 participantes en España se encontraron variables de personalidad como el perfeccionismo, las respuestas de afrontamiento individual de las discrepancias y la competitividad además de la empatía relacionado con la salud mental y los efectos a largo plazo sobre el proceso de estrés. En las variables de ansiedad están al parecer directamente comprendida en el área emocional y la despersonalización, mientras que en la de baja realización personal se halló la estabilidad y atrevimiento (Macarena, 2009).

Al ser el desgaste profesional de origen tridimensional, considero apropiado reafirmar la importancia de cada una de esas dimensiones y no descartar ninguna de ellas, pues resultarían complementarios debido a que no son aislados los unos de los otros. Esto con el afán de conseguir el objetivo último, que es el pronóstico y tratamiento efectivo en tiempo y espacio, ya que, mientras más temprano se lleve a cabo la intervención, los resultados serán más acertados y favorables.

1.11.4. Variables Moduladoras ante situaciones de estrés en Profesionales de la Salud.

Una de las variables moduladoras ante el estrés es de tipo individual tal es el caso de la personalidad con perfiles de baja tolerancia al fracaso y autoestima, perfección, omnipotencia ante el enfermo y las ideas erróneas que se adjunta a las creencias equivocadas propiciarían al desarrollo del estrés. En este sentido el autor Jaffe 1986 encontró ciertas consideraciones tales como que los profesionales no tienen necesidades personales, por tanto se debe estar disponible a cualquier hora y circunstancia. Otra idea es que el profesional frecuentemente debe dar resultados eficaces y responder a todas las demandas de los beneficiarios.

A continuación se describirán algunas variables consideradas posteriores al estudio denominado motivación laboral y dificultades del Burnout en Madrid del 2008.

Una imagen social que mantener sería otra variable del inicio del estrés pues mantener una imagen implicaría no mostrar debilidad y sentimientos de autocontrol ya que no deberían enojarse, causaría presión, tensión que se iría acumulando y dando lugar al progreso del síndrome de Burnout.

La sobrecarga de actividades, tareas y de la presión temporal conllevaría a consecuencias como la indecisión sobre cómo actuar y la incapacidad para tomar decisiones sobre ellos, las jornadas interminables para compensar en parte una posible baja de la productividad, el mayor consumo de alcohol y tabaco, el sentimiento de soledad, el sedentarismo físico, la falta de intereses por otras materias ajenas a las estrictamente laborales y la incapacidad para reírse de sí mismo.

Entre otras variables moduladoras en la etiología del estrés, se ha mencionado al compromiso, reto y control; así mismo, de forma menos indispensable, pero que favorecerían evitar índices elevados de estrés, encontramos el afrontamiento de la circunstancia y la necesidad de apoyo social, cobijando así las tres dimensiones del desgaste profesional. Las dimensiones son: agotamiento emocional con 9 ítems, despersonalización con 5 ítems y realización con 8 ítems; cada ítem se valora de 0 a 6 para el análisis final. Los resultados se analizaron con variables cuantitativas y cualitativas.

Los Profesionales de los países de residencias que participaron son: Argentina 65,1% México 19,8%, Ecuador, Perú, Colombia, El salvador, Guatemala, con el 1%, y, con menos del 1%, en orden decreciente, está Venezuela, Bolivia, Panamá y Chile. Las variables consideradas han sido: sexo, estado civil, enfermedades crónicas, económicas, profesión (médico, enfermería, psicología) y el país.

Los resultados han sido obtenidos en base al lugar de residencia, concluyendo que Argentina tiene mayor incidencia del síndrome de Burnout, dejando como posible explicación, el hecho de la situación social y económica en torno al profesional (Martín, 2009).

Resulta evidente pensar en la contribución genética y la ambiental, pues considero que si bien la personalidad influye o determina ciertas condiciones que predisponen al desgaste laboral, la mayor incidencia en las variables recae sobre lo social, lo demográfico. Los profesionales de la salud, al cargar con la toma de decisiones para el bienestar de otros, suponen, a largo plazo, el inicio de estrés y, posteriormente, al desgaste. Por lo tanto, hay evidencia de que los médicos mantienen una de las primeras profesiones con más propensión a sufrir el síndrome.

CAPÍTULO 2
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de la ciudad de Cuenca durante el año 2017, y su relación con el neuroticismo.

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar la caracterización sociodemográficas y laborales en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca.
- Identificar las dimensiones del Burnout en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca.
- Identificar el malestar emocional en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca.
- Conocer los modos de afrontamiento más usados en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca.
- Identificar el apoyo social proveniente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca.
- Establecer la relación entre el burnout y el rasgo de personalidad de neuroticismo en los profesionales médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca.

2.3. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca?

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de Burnout es la que presenta un nivel alto en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social en médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca?
- ¿Cuál es la relación entre el burnout y el rasgo de personalidad de neuroticismo en los profesionales médicos/as y enfermeras en tres Centros de Salud Pública de la ciudad de Cuenca?

2.4. Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de tres centros de salud pública de la ciudad de Cuenca, que prestan servicios de un buen nivel en lo científico, tecnológico y humano, y ofrecen sus servicios de salud con profesionales de pediatría, medicina general, farmacia, consulta externa, entre otros. Poseen modernos equipamientos e instrumentos médicos y sus instalaciones son adecuadas y actualizadas para prestar un servicio oportuno y de calidad. Los profesionales son altamente capacitados y eficientes y su compromiso va mucho más allá de lo laboral, pues el vínculo con los pacientes se expresa en la entrega y respeto hacia ellos.

2.5. Diseño de investigación

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

El diseño de la investigación denotó las siguientes características:

- **Cuantitativo:** la información de los instrumentos aplicados fue numérica, **no experimental**, ya que no se manipularon las variables, por lo tanto, se observaron los fenómenos en su ambiente real, **transaccional** (transversal), pues se analizó el nivel de las variables en un momento determinado.
- **Descriptivo:** los temas que se seleccionaron y clasificaron sirvieron para recoger de manera ordenada la información con la que se detalló la investigación.
- **Exploratorio:** con el análisis de los datos recolectados, se dio una visión general del tema, de tipo aproximativo.
- **Correlacional:** se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

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

2.6. Muestra

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que laboran en tres centros de salud pública de la ciudad de Cuenca.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental. Está conformada por 17 médicos/as y 17 enfermeras, ubicados en tres centros de salud pública de la ciudad de Cuenca

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

El personal médico y de enfermería de estos tres centros de salud cumplió con los criterios de inclusión de la muestra, los mismos que se detallan a continuación:

2.7. Criterios de inclusión

- Ser profesional de medicina/enfermería;
- Ejercer la profesión actualmente;
- Estar de acuerdo en participar en la investigación;
- Tener 3 años mínimo de experiencia profesional; y,
- Firmar el consentimiento informado.

2.8. Criterios de exclusión

- Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina;
- No firmar el consentimiento informado.

2.9. Procedimiento

El desarrollo de esta investigación se realizó de la siguiente manera:

- Se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente a la institución de salud.
- Se realizó un acercamiento con los directivos de la institución de salud, a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos en tal institución.
- Al obtener el visto bueno de los directivos, se determinó el horario para la aplicación de los instrumentos.
- Se procedió a buscar a médicos/as y enfermeras dentro del establecimiento para pedir la colaboración, dándoles a conocer la finalidad de la investigación.

- A quienes aceptaban participar, se les pidió firmar el consentimiento informado y se explicó los parámetros de los instrumentos para que puedan realizarla de la mejor manera.
- Se entregó los instrumentos a cada participante, mismas que fueron recolectadas días después.
- Finalmente, el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23; se depuro con datos descriptivos y correlacionales.

2.10. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para recolectar la información, a fin de cumplir con los objetivos trazados, fueron los siguientes:

1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.
2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997)
3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)
4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)
5. Cuestionario MOS de Apoyo Social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)
6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999)

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

Dirigido, básicamente, a la obtención de información sociodemográfica: género, edad, ciudad y zona (urbana o rural) en la que trabaja, etnia, estado civil, número de hijos, ingresos mensuales, profesión, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, horas diarias de trabajo, turnos, número de paciente atendidos por día,

porcentaje de tiempo diario dedicado a los pacientes, recursos institucionales y clima laboral.

2.10.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997).

El cuestionario evalúa las tres dimensiones del burnout: a) Agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo); b) Despersonalización (niveles de distanciamiento laboral); y, c) Realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo).

Este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6. Es un instrumento que está constituido por 22 ítems:

- a) Agotamiento emocional, compuesto por 9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20;
- b) Despersonalización, compuesto por 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22; y,
- c) Realización personal, compuesto por 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Las puntuaciones máximas son: a) en agotamiento emocional: 54; b) en despersonalización: 30; y, c) en realización personal: 48.

A pesar de que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del burnout, se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

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

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

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

- 1) Síntomas somáticos: dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, entre otros;
- 2) Ansiedad: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir;
- 3) Disfunción social: sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día; y,
- 4) Depresión: sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

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

- Afrontamiento activo: actividades y acciones realizadas para solucionar el problema.
- Auto-distracción: centrar en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- Negación: rechazar lo que está sucediendo para no enfrentar el problema.

- Uso de sustancias: ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema.
- Uso de apoyo emocional: buscar, en terceros, afecto y apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: buscar ayuda en guías que expliquen la situación problemática que se está atravesando.
- Retirada de comportamiento: hacer a un lado el problema, sin asumirlo, dejando que se resuelva solo.
- Desahogo: desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- Replanteamiento positivo: extraer algo bueno del problema, aprendiendo de él.
- Planificación: formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- Humor: quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- Aceptación: reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- Religión: refugio en la espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: auto-culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

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

Este cuestionario es auto-administrado y consta de 20 ítems, que son utilizados para conocer la extensión de la red social con la que cuenta la persona; emplea una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre); consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y, para las sub-escalas, entre 0.91 y 0.96. Identifica tres dimensiones de apoyo social:

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

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

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

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

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

Con el fin de no perdernos del tema central y del objetivo de este estudio, realizaré un breve resumen, en donde retomaré la concepción del Síndrome de Burnout; en este sentido, en mi trabajo conceptualicé al síndrome como el desgaste profesional en el cual el individuo empieza a apagarse, fundirse o agotarse de forma posterior al esfuerzo optimista y con elevadas demandas emocionales, conllevándole a una gradual pérdida de interés por actividades que, con antelación, estuvo comprometido. Hago hincapié al hecho de que es un síndrome que, eventualmente, se predispone como una reacción frente al estrés crónico que irá alterando así el área emocional, física y cognitiva (Macarena, 2009).

Con el análisis de los resultados, se avizorará la existencia o no del Síndrome de Burnout y se interpretará las dimensiones de mayor riesgo dentro del mismo. Para tal efecto, se examinó variables que se identifican como correlacionadas al desgaste profesional.

A pesar de que no hay puntuaciones de corte, a nivel clínico, para medir la presencia o ausencia del Burnout, se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

Las puntuaciones máximas son: a) en agotamiento emocional: 54, b) en despersonalización: 30, c) en realización personal: 48.

Las variables sociodemográficas, en su interacción, coadyuvarían a la precipitación o no del apareamiento del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Dentro de estas variables están, entre otras: estado civil, características laborales, tipo de contrato, organizaciones institucionales.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos		Enfermeros/as	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	4.0	23.5	0.0	0.0
Mujer	13.0	76.5	17.0	100.0
	17.0	50.0	17.0	50.0
Total. de profesionales de la salud				
Edad				
M	33.4		37.4	
DT	8.8		8.5	
Max	56.0		56.0	
Min	23.0		24.0	
Número de hijos/as				
M	1.2		1.6	
DT	1.2		1.4	
Max	4.0		4.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	16.0	94.1	16.0	94.1
Blanco/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	1.0	5.9	1.0	5.9
Estado civil				
Soltero/a	6.0	37.5	3.0	17.6
Casado/a	9.0	56.3	11.0	64.7
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	0.0	0.0	2.0	11.8
Unión libre	1.0	6.3	1.0	5.9

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaboración: Matute Piedra, R.

De forma dinámica, con la finalidad de un mejor entendimiento y un posterior análisis, procedí a separar la muestra en dos grupos: primer grupo, médicos, y, segundo grupo, enfermeras.

El total de participantes de la muestra está constituido por: 50% médicos y 50% enfermeras. En cuanto a los datos brindados por los médicos, los valores indican que se logró una mayor aceptación a proporcionar datos de parte de las profesionales mujeres, alcanzando, la información brindada, al 76%, mientras que en el personal de enfermería, se registra el 100% de contestación, fenómeno que corrobora que hay una mayor participación de las mujeres, pues, además, en enfermería, la totalidad de empleadas son del género femenino.

La edad promedio de los participantes es de 35.1 años en los médicos y 40 años en las enfermeras. El promedio de número de hijos del personal médico es de 1.2, mientras que del personal de enfermería es de 1.6. La etnia prevaleciente en los dos grupos es la mestiza, con igual porcentaje, 94.1, correspondientemente. La mayor parte de los profesionales de la salud se ubican en el estado civil casados.

Las variables sociodemográficas referentes a ingresos, experiencia laboral, sector laboral, tipo de contrato, horas diarias designadas y recursos institucionales, muestran los siguientes resultados:

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

VARIABLES	Médicos		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	5.0	29.4	8.0	50.0
1001 a 2000	7.0	41.2	8.0	50.0
2001 a 3000	5.0	29.4	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	8.3		9.4	
<i>DT</i>	6.9		6.4	
Max	27.0		27.0	
Min	1.0		1.0	
Sector en el que trabaja				
Público	17.0	100.0	17.0	100.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	0.0	0.0	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	3.0	20.0	0.0	0.0
Ocasional	3.0	20.0	7.0	53.8
Plazo fijo	5.0	33.3	0.0	0.0
Nombramiento	1.0	6.7	3.0	23.1
Servicios profesionales	1.0	6.7	0.0	0.0
Ninguno	2.0	13.3	3.0	23.1
Horas de trabajo diarias				
<i>M</i>	8.1		7.9	
<i>DT</i>	0.5		0.5	
Max	10.0		8.0	
Min	8.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	21.5		25.2	
<i>DT</i>	9.3		11.9	
Max	50.0		60.0	
Min	10.0		4.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	1.0	5.9	5.0	29.4
Medianamente	12.0	70.6	8.0	47.1
Poco	4.0	23.5	3.0	17.6
Nada	0.0	0.0	1.0	5.9
Turnos				
Si	4.0	23.5	2.0	12.5
No	13.0	76.5	14.0	87.5

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC**Elaboración:** Matute Piedra, R.

En lo referente a las características laborales de los profesionales sanitarios, se evidencia que la remuneración salarial prevaleciente oscila entre 1001 y 2000 dólares para los médicos, con el 41.2%, y, para las enfermeras, se evidencia una remuneración igualitaria, siendo de 1.000 y 1.001 a 2.000, es decir, el 50% para cada grupo dentro de las profesionales de enfermería.

La media establecida para experiencia laboral entre los médicos es de 8.3 años y para las enfermeras de 9.4 años. El sector donde laboran todos los participantes es el Sector Público. El tipo de contrato que predomina es el plazo fijo para los médicos, con un 33.3 %, y el ocasional para las enfermeras, con un 53.8%. El número promedio de pacientes que atiende a diario el personal médico es de 21.5, con una atención de 8 horas, y, para el personal de enfermería, es de 25.2, con una media de 7.9 horas diarias.

Respecto a la variable sobre los recursos necesarios que les facilita la Institución a los profesionales, el mayor porcentaje se ubica en la opción “medianamente”, con un 70.6% para los médicos, y 47% para las enfermeras.

La siguiente tabla hace alusión a la percepción que tiene los profesionales de la Salud Pública sobre el clima laboral donde se desempeñan:

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

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	11.8%	1	5.9%
	Bastante	10	58.8%	11	64.7%
	Totalmente	5	29.4%	5	29.4%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	17.6%	2	11.8%
	Bastante	10	58.8%	12	70.6%
	Totalmente	4	23.5%	3	17.6%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	11.8%	0	0.0%
	Bastante	11	64.7%	7	41.2%
	Totalmente	4	23.5%	10	58.8%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	1	5.9%	0	0.0%
	Poco	3	17.6%	0	0.0%
	Bastante	10	58.8%	8	47.1%
	Totalmente	3	17.6%	9	52.9%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	5	29.4%	1	5.9%
	Totalmente	12	70.6%	16	94.1%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	8	47.1%	5	29.4%
	Totalmente	9	52.9%	12	70.6%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	5	29.4%	0	0.0%
	Bastante	6	35.3%	6	35.3%
	Totalmente	6	35.3%	11	64.7%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	1	5.9%
	Poco	4	23.5%	2	11.8%
	Bastante	6	35.3%	6	35.3%
	Totalmente	7	41.2%	8	47.1%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.9%	1	5.9%
	Bastante	10	58.8%	7	41.2%
	Totalmente	6	35.3%	9	52.9%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	0	0.0%	1	5.9%
	Poco	4	23.5%	2	11.8%
	Bastante	8	47.1%	8	47.1%
	Totalmente	5	29.4%	6	35.3%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC**Elaboración:** Matute Piedra, R.

En la percepción que posee el personal médico referida a sentirse valorado por sus pacientes, familiares, compañeros e institución, más del 50% coincide en estar bastante valorados, con los siguientes porcentajes: 58.8% por los pacientes, 58.8% por los familiares, 64.7% por los compañeros y 58.8% por la institución; es decir, el ambiente agradable que perciben los profesionales de la salud es adecuado, permitiendo, así, que estas variables actúen como mediadoras o protectoras frente a determinados síntomas propios del Burnout, favoreciendo, de este modo, a los profesionales durante su desempeño (Martín, 2009).

A continuación, se detallan los valores encontrados tanto para los médicos como para las enfermeras:

En cuanto a la satisfacción que sienten los médicos por el trabajo que realizan, un 70.6% se considera totalmente satisfecho. En lo relacionado a la interacción con sus pacientes, un 52.9% afirma sentirse totalmente satisfecho, mientras que, en el apoyo brindado por los directivos, los profesionales dan respuestas para bastante y totalmente satisfechos. En la valoración global de su experiencia profesional, el 58.8% indica sentirse bastante satisfecho, y, en su situación económica, el 47.1% refiere estar bastante satisfecho.

En el personal de enfermería, la percepción que tiene en cuanto a la valoración que les dan sus pacientes y familiares es de 64.7% y 70,6%, respectivamente; correspondiente a bastante satisfechas. Respecto a lo que sienten por la valoración de sus compañeras, está ubicado en “bastante”, con un porcentaje de 58.8%. En la satisfacción en el trabajo que realiza, un 91.4% también opina sentirse totalmente satisfechas. El apoyo que perciben de los directivos de la Institución, registra un 64.7%, pertinente a “totalmente satisfechas”. La satisfacción por la labor profesional y colaboración por parte de sus compañeras, tiene un porcentaje de 47.1%, que corresponde a totalmente satisfechas, seguida del 35.3%, que se ubica en bastante satisfechas. En la situación económica, se evidencia que el 47.1% se sienten bastante satisfechas en la valoración global de su experiencia profesional, el 52.1%

corresponde a totalmente satisfechas, es decir que, en su mayoría, están cómodas en el lugar de trabajo y su desempeño diario.

Los grupos se correlacionan en cuanto a las valoraciones y en las percepciones buenas dentro de su trabajo, por lo tanto, considero que en general los profesionales están satisfechos y satisfechas aumentando así las estrategias adaptativas frente a cualquier dificultad.

A continuación se realiza la interpretación y análisis del posible malestar emocional de los profesionales de la salud, tanto en los médicos como en el personal de enfermería. Se identifica los casos pertinentes de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión.

Tabla 4
Malestar emocional de los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas Somáticos	No caso	9	52.9%	12	70.6%
	Caso	8	47.1%	5	29.4%
Ansiedad	No caso	10	58.8%	11	73.3%
	Caso	7	41.2%	4	26.7%
Disfunción social	No caso	15	88.2%	17	100.0%
	Caso	2	11.8%	0	0.0%
Depresión	No caso	15	93.8%	14	82.4%
	Caso	1	6.3%	3	17.6%

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

Elaboración: Matute Piedra, R.

Los datos demuestran una prevalencia de no casos con malestar emocional, pues, en lo pertinente a síntomas somáticos, un 52.9% de médicos y 70.6% de enfermeras no muestran síntomas.

En lo referente a ansiedad, no existen casos con sintomatología que determinen el Síndrome de Burnout, debido a que las puntuaciones obtenidas es de 58.8% para los médicos y 73.3% para las profesionales de enfermería.

En el caso de depresión y de disfunción social, el reporte es de 93.8% y de 88.2%, correspondientemente, para los médicos. En las enfermeras, 82.4% y 100%, no presentan sintomatología para estas variables.

Otro cuestionario aplicado en este estudio es el de estrategias de afrontamiento que poseen los profesionales, en este caso, de la salud. El análisis está en torno a distinguir cuál de los dos grupos tiene la media más alta.

Tabla 5
Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1.8	2.0	6.0	.0	2.1	2.1	6.0	.0
Afrontamiento activo	2.9	1.7	6.0	.0	2.1	2.3	6.0	.0
Negación	.5	1.0	3.0	.0	1.3	2.0	6.0	.0
Uso de sustancias	.4	1.5	6.0	.0	.3	1.0	4.0	.0
Apoyo emocional	2.1	1.6	6.0	.0	1.6	2.4	6.0	.0
Apoyo instrumental	2.1	1.9	6.0	.0	1.9	2.3	6.0	.0
Retirada de comportamiento	.6	.9	3.0	.0	.9	1.4	4.0	.0
Desahogo	1.2	1.6	5.0	.0	1.4	1.5	4.0	.0
Replanteamiento positivo	2.4	2.1	6.0	.0	1.9	1.9	5.0	.0
Planificación	2.1	1.8	6.0	.0	2.2	2.5	6.0	.0
Humor	.8	1.2	3.0	.0	.9	1.1	3.0	.0
Aceptación	2.6	2.1	6.0	.0	2.0	2.2	6.0	.0
Religión	2.4	2.3	6.0	.0	2.1	2.5	6.0	.0
Culpa de sí mismo	2.2	2.2	6.0	.0	1.5	2.0	6.0	.0

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

Elaboración: Matute Piedra, R.

Los médicos y las enfermeras no muestran un valor significativo en estrategias de afrontamiento perjudiciales, o poco adecuadas, que contribuya a la presencia del Síndrome de Burnout.

Los valores de estrategias de afrontamiento, para los médicos, están entre 0.8 y 2.9, siendo el humor, como estrategia de afrontamiento, el menos utilizado, y, el afrontamiento activo es el más aplicado para solucionar las dificultades. Para las enfermeras, los valores de estrategias de afrontamiento están entre 0.3 y 2.2; la estrategia de afrontamiento que más utilizan es la planificación, con un 2.2, seguida de afrontamiento activo, auto distracción y religión, con un 2.1.

El siguiente cuestionario administrado es de apoyo social (AP). Este reactivo facilita la interpretación de la percepción del apoyo social de los profesionales de salud.

Tabla 6
Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	81.6	13.3	100.0	62.5	74.8	23.7	100.0	40.0
Apoyo instrumental	72.6	21.2	100.0	35.0	69.4	24.6	100.0	35.0
Relaciones sociales	77.6	24.4	100.0	20.0	77.2	22.5	100.0	40.0
Amor y cariño	83.9	22.1	100.0	20.0	78.4	25.1	100.0	33.3

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

Elaboración: Matute Piedra, R.

En el apoyo social percibido por parte de los profesionales de la salud, se puede determinar que existe similitud entre médicos y enfermeras, pues la media más alta para médicos es de 83.9, en amor y cariño, seguido del apoyo emocional, con un 81.6, y, en el caso del personal de enfermería, es de 78.4 en amor y cariño, seguido de 74.8 en apoyo emocional; sin embargo, para el caso de las enfermeras, la media para relaciones sociales también ofrece un valor importante, con un 77.2.

Es necesario puntualizar que según Maslach existe una vinculación fuerte entre el tipo de personalidad correspondiente a neuroticismo con el Síndrome de Burnout y que una de las dimensiones, como es la realización personal, estaría asociada a la extraversión; esta afirmación servirá, de manera positiva, para la interpretación de los resultados. Aunque esto no significa que nos proporcione un diagnóstico, los rasgos de personalidad asociadas a las dimensiones de agotamiento emocional, realización personal y despersonalización son de mucha importancia, ya que se ha considerado que la ansiedad, como síntoma, prevalece ante situaciones de estrés, con lo que, la persona, ante ciertas adversidades, estará más propensa a desarrollar el síndrome de burnout.

Una de las dimensiones propuestas por Maslach es la despersonalización, la misma que está influenciada, negativamente, por el neuroticismo. En contraposición, la extraversión proporciona a la persona de afrontamientos como la responsabilidad, optimismo y amabilidad, sobrellevando, de esta manera, situaciones de estrés que, obviamente, evitará en parte, el síndrome (Elizabeth, 2012).

Tabla 7

Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.4	1.5	6.0	1.0	2.1	1.9	6.0	.0
Extroversión	3.2	2.3	6.0	.0	4.3	1.0	6.0	3.0
Psicoticismo	1.5	.8	3.0	.0	1.9	1.0	4.0	1.0

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

Elaboración: Matute Piedra, R.

El rasgo de personalidad más alto es de extroversión en ambos grupos, con una media de 3.2 para médicos y 4.3 para enfermeras. El segundo lugar se ubica en el rasgo neuroticismo, con una media de 2.4 para los médicos y 2.1 para las

enfermeras. Finalmente, se encuentra el psicoticismo, con una media similar para los dos grupos: 1.5 y 1.9, respectivamente.

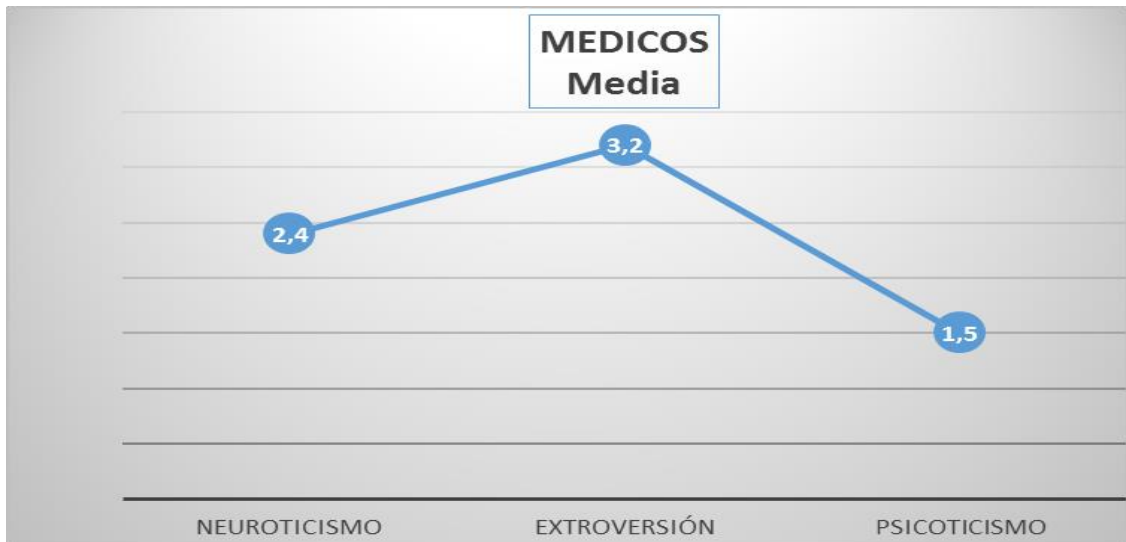


Figura 2: Médicos sin Burnout (Variable: Personalidad)

Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado [EPQR-A]; Francis. Brown y Philipchalk, 1992).

Elaborado por: Matute Piedra, R.

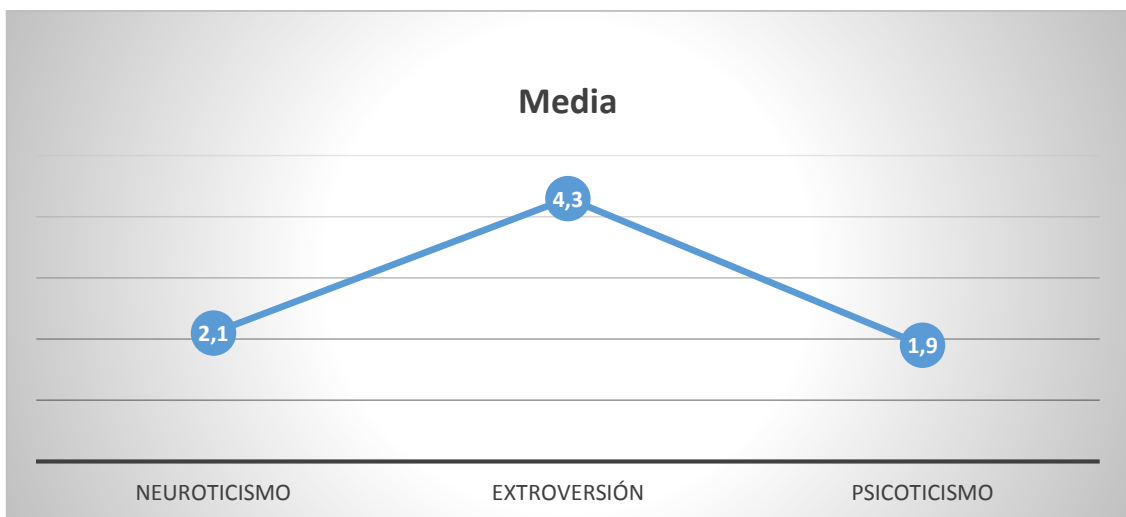


Figura 3: Enfermeras sin Burnout (Variable: Personalidad)

Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado [EPQR-A]; Francis. Brown y Philipchalk, 1992).

Elaboración: Matute Piedra, R.

El siguiente análisis se realizó bajo la metodología propuesta por Maslach, donde las tres dimensiones a considerar son: el agotamiento (AE) la despersonalización (DP) y

realización personal (RP), las cuales tienen puntuaciones elevadas en las dos primeras y un puntaje bajo para la tercera, que revelaría el diagnóstico positivo del síndrome de burnout.

Tabla 8

Resultados de las dimensiones del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
		Agotamiento emocional	Bajo	6	35.3%	11	64.7%
Medio	5		29.4%	5	29.4%
Alto	6		35.3%	1	5.9%
Despersonalización	Bajo	7	41.2%	10	58.8%
	Medio	8	47.1%	5	29.4%
	Alto	2	11.8%	2	11.8%
Realización personal	Bajo	8	47.1%	6	35.3%
	Medio	6	35.3%	5	29.4%
	Alto	3	17.6%	6	35.3%

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

Elaboración: Matute Piedra, R.

En consecuencia, y según los datos obtenidos, encontramos que en la primera dimensión, correspondiente a agotamiento emocional (AE), en el nivel alto, se presenta un 35.3% en los médicos y el 5.9% en las profesionales de enfermería. En la segunda dimensión, los niveles altos de despersonalización (DP) se registra similitud en los dos grupos: un 11.8% en los médicos y 11.8% en las enfermeras. Finalmente, en la tercera dimensión, donde se marca niveles bajos para realización personal (RP) los profesionales médicos tienen un 47.1%, mientras que las profesionales de enfermería presentan el 35.5%.

Tabla 9*Resultados de los casos de Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud*

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	17	100.0%	17	100.0%
	Presencia	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)**Elaboración:** Matute Piedra, R.

En consecuencia, mediante los datos que registran los profesionales de salud en la aplicación del MBI, se comprueba que no existen casos; es decir que los 34 participantes de la salud no presentan el síndrome de burnout.

Sin embargo, como se apuntó al inicio de este análisis, también se trata de evidenciar y esclarecer posibles variables correlacionadas a la aparición posterior de este síndrome; si bien no se encontraron profesionales con el síndrome de burnout, se podría señalar posibles factores desencadenantes para presentar desgaste emocional y físico.

Tabla 10*Correlación entre Neuroticismo y dimensiones del Síndrome de Burnout*

	Neuroticismo		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
Agotamiento emocional	.527**	.003	30
Despersonalización	.445**	.009	33
Realización personal	-.118	.536	30

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

La correlación es significativa en un nivel de 0,05 bilateral.

Se muestra una correlación muy significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional. $r(30) = .527$, $p = 0.003$. Se puede definir que, a mayor presencia de neuroticismo, mayor agotamiento emocional.

Según los resultados, existe una correlación muy significativa entre neuroticismo y despersonalización, $r(34) = .445$, $p = 0.009$. Por lo tanto, a mayor presencia de neuroticismo, mayor será su despersonalización. Es importante mencionar que no existe una correlación significativa entre neuroticismo y realización personal.

CAPÍTULO 4
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los datos que se obtuvieron en esta investigación, en términos generales, determinan que no existe el síndrome de Burnout en el personal médico ni en el personal de enfermería. En la primera dimensión, correspondiente a agotamiento emocional (nivel alto), se encontró que existe un 35.3% en los médicos y un 5.9% en las profesionales de enfermería. En cuanto a despersonalización (nivel alto) se registra un nivel bajo del 11%, porcentaje similar en ambos grupos de profesionales. En la realización personal a la que correspondería un nivel bajo si hubiera incidencia del síndrome de burnout, los médicos tienen un 47.1%, mientras que las profesionales de enfermería el 35.5%.

Las estrategias de afrontamiento con variables perjudiciales como negación, retirada, uso de sustancias, culpa de sí mismo, etc. que podrían desencadenar el síndrome no muestran un valor significativo. Con relación a las estrategias de afrontamiento adecuadas más aplicadas en la solución de dificultades, los médicos utilizan el afrontamiento activo con una media de 2.9 y las enfermeras utilizan la planificación como una media de 2.2, situación a la que podría agregarse la personalidad de cada profesional. Según los datos obtenidos en esta investigación, en los rasgos de personalidad: el neuroticismo que favorece el desarrollo del síndrome registra un nivel bajo, la extroversión es el rasgo característico de ambos grupos, lo que favorece a no desarrollar el síndrome de burnout debido a que suelen ser personas con mejores estrategias de afrontamiento y características de empatía (Macarena, 2009).

Además con las variables sociodemográficas se trata de averiguar si éstas actuarían como moduladoras o desencadenantes para la prevalencia del Síndrome, por lo que, para la mejor comprensión de este trabajo, se detallará las características de estas variables que actuarían como riesgosas para la aparición y el desarrollo del proceso del Síndrome de Burnout. En el perfil sociodemográfico, se identificó en la muestra de los médicos que el 23.5% son hombres y el 76.5 son mujeres, mientras que en la muestra del personal de enfermería, el 100% pertenecen al género femenino. Existen varios estudios que consideran que el género femenino es más propenso al desgaste

emocional (AE) y que los varones médicos tienden a la despersonalización, que es otra de las dimensiones para la incidencia del síndrome de Burnout (Guamán, 2014).

Según los datos que se obtuvieron demuestran que tan solo el 35.3% en los médicos y el 5.9% en las enfermeras denotan cansancio emocional, siendo menor el porcentaje de desgaste en las mujeres; existe similitud de 11.8% para despersonalización en ambos grupos; en consecuencia, la muestra de este estudio, al estar conformada por mayoría de personas del género femenino, y, de acuerdo a las dimensiones alcanzadas, se puede deducir que la variable género no registraría relevancia en la aparición del Burnout (Martín, 2009); sin embargo, según los datos de las variables sociodemográficas, se deduce que las mujeres tienden, mayormente, al desgaste emocional.

En la variable edad, el promedio de los participantes es de 35.1 años en los médicos y 40 años en las enfermeras. Según Martín (2009), a mayor edad menor incidencia del síndrome, pues la experiencia en estos profesionales determina una mayor autonomía y el adecuado manejo del estrés, datos que resultarían concordantes debido a que el grupo de enfermeras muestran menor incidencia a presentar el síndrome. El promedio de número de hijos del personal médico es de 1.2, mientras que el de las enfermeras es de 1.6. La etnia prevaleciente en los dos grupos es la mestiza, con igual porcentaje, 94.1 respectivamente. En el estado civil, la mayoría se ubica en el estado civil casado. Estas variables sociodemográficas no resultan significativas, aunque, la referida al estado civil sí es importante, pues se debe considerar el tipo de apoyo que perciben de sus parejas, de acuerdo a lo planteado por (Martín, 2009).

En lo referente a las variables laborales, enfocadas en este trabajo de investigación, se obtiene que la mayoría de los participantes mencionan que la remuneración la perciben a tiempo; un 41.2% de los médicos manifestaron que sus ingresos mensuales oscilan entre 1001 a 2000 dólares y el 50% de las enfermeras perciben su ingreso dentro de este rango; esto concuerda con estudios realizados en otros países, en los que se evidencia que el pago oportuno actuaría como variable protectora. Según datos extraídos de estudios en España y Argentina, el sueldo, al

no recibirlo a tiempo y acorde a la profesión, genera niveles de estrés y ansiedad, que sumarían en las dimensiones del Burnout, es decir que la realidad económica es un factor determinante (Martin, 2009).

En la experiencia laboral, la media para los médicos es de 8.3 años y para las enfermeras de 9.4 años. El sector Público es donde laboran todos los participantes. El tipo de contrato que predomina es el plazo fijo para los médicos, con un 33.3 %, y el ocasional para las enfermeras, con un 53.8%. El número promedio de pacientes que atiende a diario el personal médico es de 21.5, con una atención de 8 horas, y, para el personal de enfermería, es de 25.2, con una media de 7.9 horas diarias. Respecto a la variable “recursos necesarios que les facilita la Institución” a los profesionales, el mayor porcentaje se ubica en la opción “medianamente”, con un 70.6% para los médicos, y 47% para las enfermeras. Así mismo, en general, estas variables en este estudio no revelan datos significativos para el síndrome de burnout, no obstante, en otros países se evidencia que estas mismas variables si contribuyen a un desgaste del profesional, haciendo hincapié a los escasos o nulos recursos provenientes de la institución en la cual se desempeñan, a lo que suma la inestabilidad laboral con la que ingresan, ocasionando incertidumbre en el trabajador (Martín, 2009)

En la percepción que posee el personal médico referida a sentirse valorado por sus pacientes, familiares, compañeros e institución, más del 50% coincide en estar bastante valorado. En cuanto a la satisfacción que sienten por su labor, el 70.6% se siente totalmente satisfecho. Estas variables en mi estudio actuarían como inhibidoras de los síntomas de burnout en contraposición a lo expuesto en el marco teórico donde se considera que este tipo de variables no tendrían relevancia. (Martín, 2009).

En el grupo de los médicos, en la interacción con sus pacientes, la mayoría afirma sentirse totalmente satisfecho; mientras que, el apoyo brindado por los directivos, las respuestas son, para bastante satisfechos y totalmente satisfechos. En la

valoración global de su experiencia profesional y en su remuneración, también indican sentirse bastante satisfechos.

La percepción que tiene el personal de enfermería, en lo referente a la valoración de sus pacientes y familiares y su remuneración, al igual que el apoyo social, corresponde a bastante satisfechas. Como se puede notar, existen coincidencias entre los grupos, pues la percepción expuesta en torno a la valoración, indica satisfacción. Así mismo, este análisis sustenta que se desarrollan estas variables como protectoras, debido al ambiente grato y sentimientos de aprecio, pues, cuando no existe dicho ambiente, este incide negativamente, predisponiendo al desarrollo del síndrome. Martín (2009).

Referente a las dimensiones expuestas en este trabajo, se identifica que ninguno de los grupos presenta resultados significativos de malestar emocional, pues los datos que se registran arrojan que no hay casos con este malestar. En los síntomas somáticos, en médicos y enfermeras tampoco muestran porcentajes importantes, por último, en ansiedad, la incidencia también es baja sin embargo a futuro deberían ser tomados en cuenta para programas de prevención. No existen casos con posible sintomatología que nos lleve a determinar la presencia del síndrome de burnout.

En depresión y disfunción social, el reporte de no existencia de casos es de 93.8% y de 88.2%, correspondientemente, para los médicos. De igual modo, para las enfermeras, 82.4% y 100%, respectivamente, lo que demuestra que no presentan sintomatología para estas variables. Sin embargo, debido a que los resultados expuestos, en su generalidad, no expone un caso propio que contribuya al síndrome, se puede ver, en el análisis, que existen 11 casos con síntomas de ansiedad, depresión y síntomas somáticos que se debería tomar en cuenta, que aunque no es representativo el porcentaje, al sumarse con otras variables, podrían generar situaciones de estrés. En concreto, se encontró que los médicos muestran una tendencia mayor a desarrollar ansiedad en comparación a las enfermeras, situación contradictoria puesto que ellas se someten a contextos más estresantes que los

médicos, lo que lleva a considerar una contradicción aparente en la investigación. (Macarena, 2009).

Otra variable determinante hace referencia a las estrategias de afrontamiento, los valores encontrados en el análisis dejan ver que la media, para los médicos, oscila entre 0.8 y 2.9, y, para las enfermeras, entre 0.3 y 2.2. El afrontamiento activo para los médicos y la planificación para las enfermeras, son las estrategias más utilizadas; la coincidencia en estos grupos surge de la forma positiva de afrontamiento, permitiéndoles no desarrollar el Síndrome de Burnout, ya que, según afirma Martín (2009), un modo inadecuado de afrontamiento, destacando la negación y la culpabilidad a sí mismo, estimula el problema.

En lo referente al apoyo social percibido por parte de los profesionales de la salud, se puede determinar que existe similitud entre médicos y enfermeras; ambos grupos perciben el apoyo a través del amor y cariño y del apoyo emocional, tanto de sus familiares allegados como de sus pacientes, lo que fortalecería su autoestima y vínculos positivos, factores que estarían determinando la no presencia del Síndrome de Burnout. Por otro lado, los rasgos de personalidad, aunque, por sí solos, no son factores que precipiten el diagnóstico de Burnout en los profesionales, como bien menciona Maslach (1988), los rasgos tales como el neuroticismo estarían en vinculación directa o estarían asociados con el síndrome de burnout, así mismo, la realización personal o la extroversión y la despersonalización, estarían influenciadas, negativamente, por el neuroticismo (Elizabeth, 2012).

De igual manera, Elizabeth (2012) habla de tres dimensiones y cómo éstas, en niveles altos, reflejan negativamente los síntomas en el síndrome de burnout, la correlación entre el Neuroticismo al agotamiento emocional (AE), en esta investigación, está presente en un grado significativo, por lo tanto existe mayor presencia de neuroticismo, y, en consecuencia, mayor agotamiento emocional.

Se aprecia, en los resultados obtenidos, tanto en los médicos como en las enfermeras, puntajes significativos en extroversión, seguido de neuroticismo y psicoticismo, sin embargo, es importante indicar que en las enfermeras, en la dimensión correspondiente al desgaste emocional, existe 11 casos con valores bajos, con un porcentaje de 64.7%, que supone cierto riesgo por sí solo, aunque no necesariamente para la aparición del síndrome sino que podría llevarles a cambios abruptos de humor, lo cual, si se suma otras variables no moduladoras, desembocaría en un diagnóstico de estrés o de desgaste profesional. Debo concluir reiterando que en ninguno de los grupos, es decir, el 100% de la muestra de este estudio, se detectó un caso de burnout, ya que el rasgo sobresaliente es la extroversión, que se relaciona con personas sociables (Maslach, 2009 como citó Elizabeth, 2012).

Finalmente, debo indicar que los objetivos de esta investigación fueron alcanzados, aunque no se detectaron casos positivos, sí se puede apreciar a algunos profesionales que están en situaciones de estrés, que podría ser el inicio del desarrollo del Síndrome.

CONCLUSIONES

1. En los profesionales de la salud -médicos y enfermeras- no se registra ningún caso que determine la presencia del Síndrome de Burnout, debido a que las puntuaciones de las dos primeras dimensiones (agotamiento emocional y despersonalización) no son altas; en la tercera dimensión (realización personal), los niveles no son bajos en los dos grupos de la muestra investigada.
2. En el apoyo social percibido por parte de los profesionales de la salud, se puede determinar que existe similitud entre médicos y enfermeras. Afirman que el amor y cariño y el apoyo emocional que tienen de sus familiares o amistades, son de gran importancia, frente a cualquier dificultad que se les presente.
3. Los rasgos de personalidad en común, en los dos grupos, es la extroversión, generando, así, fuertes posibilidades de no desarrollar algún nivel de Burnout, pues la extroversión proporciona a la persona de estrategias de afrontamiento positivas, como la responsabilidad, optimismo y amabilidad, que le ayuda a sobrellevar situaciones de estrés.
4. Las variables sociodemográficas, características laborales y las percepciones de los profesionales, así como la experiencia y la remuneración salarial, demuestran que impedirían, en parte, la aparición del Síndrome de Burnout, ya que actuarían, en su mayoría, como variables moduladoras y protectoras en esta investigación.
5. Los médicos, mayoritariamente, utilizan como estrategia el afrontamiento activo frente a ciertas dificultades y las enfermeras recurren a la planificación, estrategias que podrían regular cualquier síntoma perjudicial para ambos grupos.

6. En lo referente al malestar emocional no se evidencia datos significativos entre los médicos y enfermeras, pues, muestran estabilidad en cuanto a su salud mental. Sin embargo se registran algunos índices elevados en ansiedad; depresión o síntomas somáticos que podrían ser precursores del síndrome.

RECOMENDACIONES

1. Antes de iniciar con la recolección de datos para una investigación de esta índole, sería apropiado realizar charlas o encuentros donde se pueda exponer y explicar el trabajo que se quiere realizar haciendo énfasis en los beneficios que podrá alcanzar cada participante en esta investigación.
2. Realizar, posteriormente, capacitaciones que promuevan a mantener y/o mejorar las características positivas de las variables protectoras que se han detectado y analizado en la muestra del presente trabajo.
3. Proponer la implementación de un departamento de Psicología que de soporte a los profesionales, debido a que existe un número, aunque bajo, con síntomas que podrían llevar a niveles de estrés, desencadenando un desgaste físico y emocional.
4. Efectuar nuevas investigaciones sobre la temática con otras muestras poblacionales, en el ámbito de los profesionales de la salud, para incrementar el nivel de diagnóstico.
5. Elaborar y ejecutar planes de promoción preventiva de la salud mental, cuyo objetivo central sea el cuidado ante situaciones de estrés, que afecta a la calidad de vida, previniendo, a la vez, el apareamiento y desarrollo del Síndrome de Burnout.
6. Crear espacios para grupos terapéuticos que puedan contribuir como apoyo emocional efectivo ante posibles crisis.

BIBLIOGRAFÍA

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

Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26(1). Recuperado de: <http://revistas.um.es/anesps>.

Dorsh, F. (2009). *Diccionario de Psicología*. España: casa del libro. *España*, 46-49.

El-Sahili, L. F. (2011). *Burnout profesional*. Editorial Helénica SA.

Elizabeth, Z. R. (2012). Obtenido de Identificación y factores asociados al Síndrome de Burnout. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/5191>.

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

Gloria, G. (2016). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal Sanitario: *Eprints*

Guamán, J. A. (2014). *Prevalencia y Factores asociados del Síndrome de Burnout en el personal de tropa de la Brigada de Artillería N.27. "Portete". Cuenca. 2014* (Tesis de especialista). Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado de:

[http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21208/.](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21208/)

López Lara, V. (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad. (págs. 95-96). Madrid: España S.A.

Macarena, G. H. (2009). *Desgaste profesional del médico*. México: Ediciones Díaz de Santos.

Martín, A. G. (2009). Influencia de factores personales, profesionales transaccionales del Burnout. *RevEspaña Salud Publica Vol. 83 N.2*, 216.

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

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

Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (1998). *Metodología de la investigación* (Vol. 1). México: Mcgraw-hill.

ANEXOS

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: Sí No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25% 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardíacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

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 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario (GHQ-28)

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

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

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

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

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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE AS

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

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos: _____

Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

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

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

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

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

CUESTIONARIO EPQR-A

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

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio 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 esté 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).