



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Identificación del síndrome de burnout y su relación con las horas de trabajo en profesionales de salud en dos instituciones privadas del sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca durante el año 2016-2017

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Guapisaca Juca, Vilma Lorena

DIRECTORA: 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

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: “Identificación del síndrome de burnuot y su relación con las horas de trabajo en profesionales de salud en dos instituciones privadas del sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca durante el año 2016-2017” realizado por Vilma Lorena Guapisaca Juca, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo

Loja, julio de 2017

f)

AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Vilma Lorena Guapisaca Juca declaro ser autor(a) del presente trabajo de titulación: “Identificación del síndrome de burnout y su relación con las horas de trabajo en profesionales de salud en dos instituciones privadas del sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca durante el año 2016-2017”, de la Titulación de Psicología siendo Mágtr. María Elena Vivanco director(a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Autor: Vilma Lorena Guapisaca Juca

Cédula: 010225148-5

DEDICATORIA:

A mis hijos Lorena y Manuel Alejandro quienes son la razón de mi existencia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a las instituciones de salud y profesionales sanitarios de la ciudad de Cuenca que colaboraron para el levantamiento de la información del presente estudio.

Al equipo de investigación, tutores y directora de tesis de la UTPL.

A mi familia que siempre me apoyó en el transcurso de mi formación y en el desarrollo de este trabajo de investigación, de manera especial a: Alejandro, Román, Santy, Paola y Pily.

A Nubia por haber sido un constante apoyo y soporte durante mi formación universitaria en la carrera de psicología.

Vilma Lorena

INDICE.

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA:	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	15
1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	16
1.1 Desarrollo del término	16
2. Desarrollo del Síndrome de Burnout	18
2.1. Leiter y Maslach (1988).....	18
2.3. Lee y Ashforth (1993).....	19
2.4. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)	19
3. Consecuencias del burnout	20
3.1. Consecuencias individuales en la salud en profesionales de la salud	20
3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud	21
3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud	23
4. Modelos explicativos del burnout	23
4.1. Modelos basados desde la teoría Socio cognitiva	24
4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.....	24
4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)	24
4.1.3. Modelo de Pines (1993).....	25
4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper (1993)	26

4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social	26
4.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli (1993)	26
4.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy (1993)	27
4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional	28
4.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)	28
4.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	30
4.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil- Monte, Peiró y Valcárcel (1995).....	31
5. Prevalencia del Burnout.....	31
5.1. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial	32
5.2. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica	33
5.3. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional	36
6. Variables asociadas de Burnout.....	38
6.1. Variables sociodemográficas en profesionales de la salud	38
6.2. Variables laborales en profesionales de la salud	39
6.3. Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud	40
6.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud	42
CAPITULO 2. METODOLOGÍA	43
2.1. OBJETIVOS:	44
2.1.1. Objetivo General	44
2.1.2. Objetivos Específicos	44
2.2. Preguntas de Investigación:.....	45
2.3. Contexto de la investigación	46
2.4. Diseño de investigación	46
2.5. Muestra	47
2.6. Procedimiento	48
2.7. Instrumentos	50
2.7.1. Cuestionario de Variables Sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	50

2.7.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)	50
2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vásquez Baquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).....	51
2.7.4. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	52
2.7.5. Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).....	54
2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999)	55
2.8.- Recursos	56
2.8.1 Recursos humanos.....	56
2.8.2 Recursos técnicos.....	56
2.8.3 Recursos financieros	57
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	58
3.1. Características sociodemográficas	59
3.2.- Características laborales	60
3.3.- Clima laboral de los profesionales de la salud	62
3.4.- Dimensiones del burnout en profesionales de la salud	64
3.5 Prevalencia del burnout en profesionales de la salud.....	65
3.6.- Malestar emocional de los profesionales de la salud	66
3.7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud	67
3.8. Apoyo social de los profesionales de la salud.	68
3.9. Rasgos de la personalidad en los profesionales de la salud	68
3.10. Correlaciones entre horas de trabajo y las dimensiones del burnout.....	69
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	71
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	1

ANEXO 1. Documento de información para participantes	2
ANEXO 2. Consentimiento informado	5
ANEXO 3. Cuestionario sociodemográfico y Laboral	6
Datos Personales	6
Datos Laborales	6
ANEXO 4. Cuestionario de MBI.....	8
ANEXO 5. Cuestionario (GHQ-28).....	9
ANEXO 6. Cuestionario BRIEF-COPE.	13
ANEXO 7. Cuestionario de AS.	14
ANEXO 8. Cuestionario EPQR-A.....	16

RESUMEN

El presente trabajo realizó una investigación cuyo objetivo fue la identificación del Síndrome de burnout y su relación con horas de trabajo en profesionales de salud en dos instituciones privadas del sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca. En esta investigación los datos fueron recogidos aplicando los siguientes instrumentos: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales ad-hoc, MBI, GHQ-28, BRIEF-COPE-28, MOS y EPQR-A.

En cuanto a la metodología, es una investigación cuantitativa, no experimental, transaccional, descriptiva, exploratoria y correlacional, la muestra fue de 40 participantes, la cual fue de accesibilidad no probabilística y accidental, detectándose el 5% de prevalencia de burnout en la población médica estudiada, en las dimensiones: alto agotamiento emocional los médicos presentaron 35% y enfermeras 25% y bajo en enfermeras 60%, despersonalización alto: 10% médicos y 15% enfermeras; alta realización personal: médicos 30% y enfermeras 35%, escala baja 45% médicos y 35% enfermeras. Además, existe una correlación significativa entre horas de trabajo y burnout, lo que indica que a más horas de trabajo mayor es la posibilidad de presencia de burnout.

Palabras clave: prevalencia, burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, variables, horas de trabajo.

ABSTRACT

The present work is an investigation with the goal of identifying the burnout syndrome and its relation with the working hours of healthcare professionals. The healthcare professionals were selected from private institutions in the Eastern and central area in the city of Cuenca. In this investigation, the data was selected by using the following instruments: The ad-hoc social and labor variables questionnaire, MBI, GHQ-28, BRIEF-COPE-28, MOS y EPQR-A.

Regarding the method used, this is a quantitative investigation, non-experimental, transitional, descriptive, explorative and correlational. A sample of 40 participants was used and its accessibility was non-probabilistic and accidental. In the investigation, it was detected 5% of the prevalence of burnout in the studied medical population. In terms of dimensions: high emotional exhaustion, doctors 35% and nurses 25% and low in nurses 60%, high depersonalization: 10% doctors and 15% nurses; Personal fulfillment: high doctors 30% and nurses 35%, low scale 45% doctors and 35% nurses. In addition to this, there is a significant correlation between working hours and the burnout syndrome. This indicates that the longer the working hours, the higher the probability of experiencing the burnout syndrome.

Key words: Prevalence, burnout, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, variables, working hours.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el estrés es un término que se usa cotidianamente para expresar un cierto tipo de condición que se da frente a diferentes exigencias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores enfrentan exigencias ocupacionales que no corresponden a su conocimiento, destrezas o habilidades. Así pues, el estrés laboral tiene influencia en el rendimiento de los trabajadores y cada vez más, hay el interés de investigar en qué grado afecta el mismo a trabajador, a lo largo del tiempo se han hecho conceptualizaciones e investigaciones al respecto.

Herber Freudenberg en 1974 fue el primero que se interesó en estudiar el síndrome de burnout desde una visión clínica ya que al trabajar en una clínica para adicciones se dio cuenta de que al pasar el tiempo el personal médico comenzaba a mostrar señales de cansancio, fatiga, ansiedad, estrés, alteraciones gástricas, dolores de cabeza y espalda, irritabilidad e inflexibilidad, otros autores como Leiter, Farber, Lee y Ashfort, Gil-Monte Peiró y Valcárcel entre otros, han ido aportando conocimientos sobre el desarrollo del síndrome, sus manifestaciones y consecuencias.

La definición más conocida y aceptada de síndrome de burnout es la de Maslach y Jackson (1981) que afirma que el burnout es:

La respuesta al estrés laboral crónico, que provoca cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación; acciones y sentimientos negativos hacia los individuos con las cuales se interacciona (despersonalización) y que progresan con sentimientos de devaluación del rol profesional (fracaso o sentimientos de inadecuación). Por lo que el burnout se caracteriza por un síndrome tridimensional, que sirvió como modelo para la elaboración de su cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) en donde se destaca: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) falta de realización personal. (p.192)

En la presente investigación se describen los siguientes capítulos: marco teórico, metodología, análisis e interpretación de datos, discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

En el capítulo del marco teórico se abordan temáticas como la conceptualización y desarrollo del burnout, sus consecuencias, los modelos explicativos del burnout basados en diferentes teorías: socio cognitiva, intercambio social, teoría organizacional, teoría estructural, modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el trabajo y el modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte. Además, se dedica un apartado con datos referenciales sobre la prevalencia del burnout a nivel mundial, nivel de Latinoamérica y a nivel nacional y como último se describen las variables asociadas al burnout, entre ellas: sociodemográficas, variables laborales y variables asociadas a la personalidad en los profesionales de la salud.

En el siguiente capítulo se explica la metodología utilizada en el presente estudio, seguido de un apartado de análisis e interpretación de los datos levantados durante el proceso de investigación, se hace la discusión y confrontación de los resultados con otras investigaciones relacionadas con el tema, finalmente se muestran las conclusiones a las que se llegaron y se sugieren las recomendaciones pertinentes de acuerdo a la experiencia de la investigación.

El desarrollo profesional y trabajar en un ambiente adecuado es muy importante, mucho más para los profesionales sanitarios que día a día están en contacto con personas que acuden en busca de aplacar sus dolencias y de encontrar un aliciente en el personal médico, poniéndolo en una constante adaptación a diversas situaciones, por lo que las instituciones deben tener estrategias para favorecer este ambiente laboral, el presente estudio va a permitir que las instituciones sanitarias estudiadas puedan tener un acercamiento a la realidad de sus profesionales para poder implementar programas o políticas que permitirán prevenir la prevalencia del burnout.

En el transcurso de la investigación se logró cumplir con los objetivos planteados mediante la recolección de la muestra, investigación bibliográfica, análisis de la información y conclusiones.

En cuanto a la metodología, esta investigación presentó las siguientes características: cuantitativa, no experimental, transaccional, descriptiva, exploratoria y correccional, la muestra fue de tipo no probabilístico, accidental, la muestra fue de 40 profesionales sanitarios médicos y enfermeras, la recolección de la muestra se dio dentro del marco ético de Helsinki que luego la firma del consentimiento informado se aplicaron los cuestionarios a cada uno de los profesionales sanitarios.

El levantamiento de la información demanda de un espacio de tiempo dentro de la jornada diaria de trabajo por lo que es necesario anticipar una organización que facilite este proceso y no interrumpa el normal desempeño laboral de los profesionales participantes en la investigación.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

1.1 Desarrollo del término

El término síndrome de Burnout se utilizó en 1969 para dar explicación al comportamiento de oficiales de policía que estaban en contacto con delincuentes jóvenes, y que poco a poco iban mostrando un cambio en su actitud y comportamiento con el paso del tiempo, lo que se denominó "Staff Burnout" que quiere decir en español desgaste del personal y fue descrito por H.B Bradley.

Herber Freudenberg (1974) que hacía voluntariado en una clínica de drogadictos en los años 70, se interesó en estudiarlo ya que notó que los profesionales que trabajaban allí después de un tiempo de trabajo comenzaban a mostrar señales de cansancio, desmotivación, así como ansiedad y depresión, él utilizó el mismo término que significaba "estar quemado", "apagado", "consumido", que también se utilizaba para describir a las etapas que se manifestaban después del efecto del consumo crónico de sustancias tóxicas (Martínez, 2010).

La definición de síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1981) referido por Mansilla (2012) afirmaban que el burnout se da cuando existe un estrés crónico que va a dar lugar a la manifestación de tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal, este síndrome puede instaurarse sobre todo en profesionales o personas que están en continuo contacto con clientes.

En 1991 Leiter manifestó que las personas que no tenían un horario fijo, tenían carga horaria fuerte de trabajo y no eran bien remunerados presentaban cambios en su comportamiento y tolerancia al trabajo con actitudes agresivas hacia los pacientes, entonces.

Se puede decir que Leiter y Maslach (2004) y Maslach (2009) plantearon una nueva definición del Burnout tomando en cuenta tres dimensiones: un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros. Cuando se habla de agotamiento extenuante es el componente de estrés individual

básico del burnout y se refiere a sentimientos de estar sobre-exigido con carencia de recursos emocionales y físicos, que llevan a que las personas se sientan debilitados y agotados. (Díaz, 2016, p.115)

Por otro lado, con respecto al Síndrome de burnout Morales (2015) manifiesta que:

En el año 2000, fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Pero el problema va más allá: un individuo con Síndrome de burnout posiblemente dará un servicio deficiente a los clientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas. Su definición no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. (p.1)

Farber (1983) afirma:

El burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de impotencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima. (p.23)

De lo expuesto anteriormente, los autores antes mencionados coinciden en que el síndrome de Burnout tiene manifestaciones de cansancio, despersonalización, cambios en

el comportamiento que se manifiestan en profesionales que están en directa relación con sus clientes y que además pueden afectar la calidad de vida de quien lo padece.

2. Desarrollo del Síndrome de Burnout

Cuando se habla de Síndrome de Burnout se entiende que es una compleja respuesta de un individuo cuando está bajo la experiencia cotidiana de acontecimientos repetitivos frente a su desempeño laboral, van apareciendo rasgos e instaurándose síntomas globales, variando de una persona a otra. El síndrome de Burnout ha sido descrito por diversos modelos y diversos autores entre los cuales podemos citar.

2.1. Leiter y Maslach (1988)

Maslach fue quien emitió la definición más aceptada del Síndrome de Burnout, señalando que es una manera no adecuada de afrontar el estrés crónico, presentando además agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño personal.

Leiter y Maslach plantean el modelo procesual que nace a partir de los principios del modelo secuencial de Maslach (1988) afirmando que el burnout se instaura cuando el puesto de trabajo demanda una sobre exigencia para el profesional y se da un desequilibrio entre lo que se aspira en el puesto de trabajo y los recursos personales, formación, preparación para el puesto o competencias de cada individuo. Los síntomas que presentan son: cansancio emocional al inicio y posteriormente la despersonalización como una estrategia del afrontamiento para desencadenar en una baja realización personal ante la incapacidad de afrontar los factores estresantes. De estas tres dimensiones el aspecto clave es la fatiga y la pérdida progresiva de energía, la despersonalización es un mecanismo de defensa y protección frente a la desilusión y el agotamiento.

2.2. Leiter (1993)

Propone un modelo compatible con los planteamientos de las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman, sosteniendo que es un agotamiento emocional que se produce frente a las situaciones estresantes en el trabajo que van haciéndose cada vez más grandes y difíciles de manejar desarrollando actitudes de despersonalización, no hay una relación con el agotamiento emocional y realización personal en el trabajo, sino más bien con el estrés laboral, la carencia de apoyo y oportunidades de carrera, generan los sentimientos de baja autoestima en el trabajo.

2.3. Lee y Ashforth (1993)

Modelo según Lee y Ashforth (1993), para ellos la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo, se dan como un resultado de los sentimientos de agotamiento emocional, además afirman que los modelos de Leiter, Maslach y Golembiewski, Munsenrider y Carter coinciden en que la reducida realización personal está afectada por la despersonalización y que se va desarrollando poco a poco. Pero no está bien claro si el agotamiento emocional se da al inicio del proceso o al final y de allí dependerán las propuestas de intervención.

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

Estos autores manifiestan que existen dos perfiles de evolución del Burnout, uno que no afecta a los trabajadores y se presenta con sentimientos fuertes de culpa, a pesar de padecer el síndrome y adaptarse sin que sea incapacitante y otros grupos que presentan marcados sentimientos de culpa que van a fortalecer el círculo vicioso del Burnout y que va a agravar los síntomas, estos sentimientos de culpas van a ser compensados con la

necesidad de trabajar más para calmar esa culpa y aparecerá de nuevo un alto nivel de agotamiento emocional que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización que con el tiempo van a producir alteraciones en la salud (Monte, 2005).

De lo planteado y expuesto por los diferentes autores, puedo decir que cada uno afianza el conocimiento sobre el Burnout y cada uno valida la conceptualización del burnout a partir de sus investigaciones, considero que la definición más acertada es la de Maslach, además que aporta el instrumento (MBI) para facilitar su investigación, y hace un aporte significativo al describir los síntomas de cansancio, despersonalización y baja realización personal.

El resto de autores citados manifiestan además que la baja realización personal se desarrolla paulatinamente y está afectada directamente por la despersonalización.

3. Consecuencias del burnout

El síndrome de burnout puede ir deteriorando poco a poco la salud del trabajador, ya que día a día los síntomas se van convirtiendo en crónicos, pues cuando la exposición a un ambiente de trabajo inadecuado es constante se corre el riesgo de que se pueda producir un deterioro cognitivo, emocional, conductual y físico en el profesional.

Para la mejor comprensión de las consecuencias del Burnout, también se hará un abordaje desde tres ámbitos: consecuencias de la salud, consecuencias en el trabajo y consecuencias en la familia.

3.1. Consecuencias individuales en la salud en profesionales de la salud

Podemos hacer la clasificación de los síntomas según Chemis (1980) y Maslach (1982) agrupándolos en síntomas: físicos, emocionales y conductuales.

Los síntomas físicos se refieren a manifestaciones del organismo frente a la presencia de los estresores manifestándose como malestares, alteraciones en el ritmo del sueño, afecciones del aparato digestivo, hipertensión, enfermedades de corazón, alteraciones en el peso corporal, malestares musculares, en las mujeres a veces dismenorrea y amenorrea, así como alteraciones del sistema inmunológico (Mansilla, 2012).

Los síntomas emocionales: “Distanciamiento afectivo, disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, frustración, celos, irritabilidad, impaciencia, baja autoestima, culpabilidad, soledad, depresión, impotencia y alienación. Existe un predominio de agotamiento emocional con deseos de renuncia al trabajo e intentos suicidas”. (Mansilla, 2012, p. 1,2)

Dentro de los síntomas conductuales podemos tomar en cuenta el aumento del riesgo de alcoholismo o consumo de drogas: a veces aumenta el riesgo de consumo de alcohol, tabaco u otro tipo de drogas (Mansilla, 2012).

Estos síntomas descritos pueden afectar la autoestima profesional, la percepción individual y la respuesta al trabajo y al estrés, por eso es importante detectar a tiempo los mismos interviniendo de una manera oportuna y positiva para prevenir la instauración del Síndrome de Burnout.

3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud

En el trabajo diario, los profesionales de la salud se enfrentan a diversas situaciones de estrés, exigencias que son dadas tanto por el medio externo como por el interno. Esto puede provocar un descenso en la productividad, una baja en la interacción y las relaciones personales, así como un descenso en la tolerancia al fracaso y la resolución de conflictos.

Ortega (2004) manifiesta que; la exposición a diversos estresores crónicos por parte del individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por situaciones estresantes. Carlín y Garcés (2010) describen síntomas emocionales (apatía actitudes irritables, depresivas, intolerantes, síntomas cognitivos (desorientación cognitiva, exagerada crítica a todas las situaciones, síntomas conductuales (evasión de responsabilidades, falta de compromiso, desobligo por el trabajo, desvalorización de su trabajo, a veces consumo de sustancias), síntomas sociales (aislamiento del resto de compañeros, evitan contacto directo con sus pares, malhumor) y síntomas psicósomáticos (dolores de cabeza, falta de sueño, alteración en la libido, presencia de enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, arritmias cardíacas, entre otras, alteraciones gastrointestinales)

El síndrome de burnout también tiene consecuencias a nivel organizacional ya que cuando la organización no tiene una buena gestión entre lo que necesitan los trabajadores y los propósitos que persigue la misma, se puede dar una baja en la calidad de servicios y la productividad en la organización como consecuencia de un mal ambiente de trabajo, con deficientes relaciones interpersonales, mala comunicación, (que va a conducir a la indiferencia o frialdad), ausentismo y desmotivación hacia el trabajo, además de la baja calidad de los servicios y la productividad como se mencionó anteriormente (Mansilla 2012).

Dentro de las fuentes externas están las prácticas burocráticas que contribuyen a que el ambiente laboral se vea afectado, ya que en muchos casos en los servicios estatales los resultados de la eficacia en el trabajo de los profesionales de la salud tienen que ser medidos y evidenciados en cifras y números, lo que no favorece al profesional ya que existe una

presión constante que le da un mensaje de que cada vez se espera mucho más de su rendimiento.

Como fuentes internas al profesional de la salud de manera intrínseca también le afecta su situación de estrés debido a su inconformidad, pensamientos derrotistas y negativos, baja motivación, actitudes indiferentes hacia los usuarios, falta de iniciativa que van a ir desarrollando el síndrome.

3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud

También hay que tomar en cuenta que estos profesionales sanitarios como se encuentran expuestos de modo continuo al sufrimiento y al dolor ajenos, tienen una excesiva carga y presión emocional, que como se había mencionado antes, crean una barrera o especie de anestesia que inconscientemente también las utiliza en sus relaciones diarias con su familia, creando distanciamientos, mal humor, impaciencia, falta de participación en las actividades familiares a causa del agotamiento.

Entonces se puede decir que el síndrome de Burnout puede generar consecuencias negativas en los profesionales de la salud en los ámbitos de salud, el trabajo y la familia, ya que estamos hablando de seres biopsicosociales que al sufrir desequilibrios en uno de estos ámbitos se podrán en evidencia dificultades en el entorno en que se desarrollan.

4. Modelos explicativos del burnout

4.1. Modelos basados desde la teoría Socio cognitiva

4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison

El Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), según refiere Gil-Monte (1999) se basa en la “competencia percibida” en la que se trata de que los empleados al inicio tienen una buena predisposición al trabajo y las ganas de ayudar al prójimo, pero conforme que pasa el tiempo esas ganas van disminuyendo o aumentando de acuerdo a las condiciones del trabajo en que se desempeña.

Estas condiciones de trabajo pueden ser influidas si es que los objetivos y roles de puesto no están bien delimitados o si la dotación de recursos no es la adecuada para dar como resultado el Síndrome de Burnout.

4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)

Según Cherniss (1993) pone de manifiesto la importancia de las características del ambiente que van a ayudar a desarrollar estrategias para que las personas puedan llegar a obtener sus metas de manera individual si es que se lo propone, pero cuando no se fija metas reales y no consiguen los objetivos hay un sentimiento de fracaso que puede llevar a una disminución de la autoeficacia y por lo tanto un riesgo de adquirir el Síndrome de Burnout.

Para Cherniss, referido por (Rosas, 2007) se puede afirmar que:

Existe una unión entre sentimientos de autoeficacia, compromiso, motivación y estrés. Los sujetos con dinámicos sentimientos de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y las situaciones son menos estresantes cuando los sujetos creen que pueden afrontarlas de manera exitosa. Debido a que el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” es una respuesta al estrés, la relación entre

autoeficacia y estrés sugiere además una relación con el “Síndrome de Quemarse”. (p.23-24)

Se puede inferir entonces que un sujeto al no poseer un ambiente adecuado y al esforzarse por cumplir bien las tareas inherentes su trabajo imprime presión a su rutina lo que provoca el estrés que poco a poco irá aumentando y podrá llegar a un nivel elevado que puede provocar el síndrome de burnout.

4.1.3. Modelo de Pines (1993)

En este modelo se toma en cuenta la búsqueda del sentido existencial en el trabajo, entonces cuando éste fracasa aparece el Síndrome de burnout. Las personas que dan sentido a su existencia dedicándose a labores humanitarias estarán motivados de manera muy elevada.

Con respecto a este modelo Pines (1993) sostuvo que: “Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el Síndrome de Burnout” (Martínez Pérez, 2010, p. 15).

En definitiva, el Síndrome de Burnout presenta un agotamiento físico, emocional y mental dado por la dificultad de enfrentar situaciones de exigencia y estrés que no le permiten al sujeto adaptarse de manera efectiva, creando un desequilibrio en su desempeño personal y laboral.

4.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper (1993)

Thompson, Page y Cooper señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en la aparición del síndrome de burnout con cuatro factores implicados:

1. Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
2. El nivel de autoconciencia.
3. Las expectativas de éxito personal.
4. Los sentimientos de autoconfianza. (Martínez, 2010, p.17)

La autoconciencia es considerada como un rasgo de la personalidad, la cual es la encargada de autorregular los niveles de estrés durante la ejecución de una tarea dirigida y con un objetivo bien definido.

Cuando hay constantes experiencias frustrantes frente a la consecución de estos objetivos a pesar de los esfuerzos puestos se puede disminuir el nivel de autoconciencia y autopercepción, dando lugar a mayores niveles de estrés en los trabajadores que tienen alta autoconciencia y una sobre exigencia de sí mismos.

4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

4.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli (1993)

Estos autores se centraron en el estudio de enfermeras, describiendo dos causas que podrían dar como consecuencia el Burnout:

- 1.- Las relaciones y el intercambio social con los pacientes.

2.- La imagen de profesional en el entorno en que se desenvuelve y su desempeño en relación con sus pares.

Martínez Pérez (2010) indica:

Que existen tres fuentes de estrés relacionadas con los procesos de intercambio social:

- 1) La incertidumbre que es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar.
- 2) La percepción de equidad se refiere al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en las relaciones paciente enfermera.
- 3) La falta de control que es la capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. (p.16)

4.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy (1993)

Este modelo también está basado en el aspecto motivacional, y plantea que para evitar la aparición del Síndrome de Burnout las personas deben contar con todos los recursos posibles de manera que no haya estrés debido a la posibilidad de perderlos, es así que se afianzan las cogniciones y percepciones. Hobfoll y Freddy toman en cuenta como base fundamental la teoría de la equidad y dan importancia a las relaciones que los profesionales deben tener en su entorno de trabajo, con supervisores, compañeros y la clientela, en este modelo los trabajadores buscarán a toda costa no perder sus recursos.

Los trabajadores cuando pierden sus recursos se ven afectados y empiezan una lucha por mantenerlos y no perderlos dando como resultado el estrés y posteriormente la aparición del Burnout. Los recursos servirán para disminuir y evitar la necesidad de utilizar afrontamientos defensivos, como la despersonalización, los recursos ayudarán a afianzar la autoeficacia y la realización personal (Hatinen y cols, 2004).

4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional

4.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

Proponen una teoría que se da en el transcurso secuencial del tiempo, esta secuencia está dada primero con la despersonalización, después se disminuye la realización personal lo que provoca un agotamiento emocional.

Golembiewski y cols (1988), manifiestan que el Burnout aparece en los profesionales que tienen estrés lo que va disminuyendo su rendimiento laboral debido a la exigencia del trabajo. En la primera fase, aparece el estrés debido a una sobrecarga de trabajo y debido a que sus roles no están bien definidos por lo que se pierde el control de la situación, provocando irritabilidad, cansancio, baja imagen y autoestima.

En la segunda fase, la persona va a tomar distancia para protegerse de la situación que le causa malestar en el trabajo. Esta estrategia puede ser positiva si no se elimina la empatía, pero si aparecen manifestaciones de cinismo y despersonalización dará como consecuencia el burnout.

Por lo tanto, la etiología del síndrome de burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional, cuando los profesionales están sometidos a sobrecarga laboral, los roles no están bien definidos, existen demasiadas expectativas en el puesto de trabajo o caso contrario hay una pobreza en la definición del rol.

Frente a este panorama el trabajador pierde la autonomía y la autoeficacia, que repercutirá en su autovaloración lo que va a dar como resultado una evitación y distanciamiento para no afrontar las situaciones estresantes.

4.3.2. Modelo de Winnubst (1993)

Se basa en las relaciones entre la estructura organizacional y el apoyo social en el trabajo como antecedentes al síndrome de Burnout, dependiendo del tipo de estructura habrá diferentes culturas organizacionales y por lo tanto diferentes maneras de la institucionalización del apoyo social.

Winnubst (1993) plantea su modelo sobre cuatro supuestos:

1. Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a este tipo de estructura.
2. Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral.
3. Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
4. Los criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducen en sus miembros el estrés y posteriormente el burnout. (Ciangolini, 2006, p.1-4)

Este modelo adopta la definición de Síndrome de Burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que el Síndrome de Burnout surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización.

4.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Para estos autores los profesionales se sienten “gastados” cuando frente a situaciones de estrés, constantemente están probando estrategias de afrontamiento que al final no resultan eficaces, lo que incide directamente sobre su bienestar provocando

sentimientos de cansancio, presión frente a las situaciones laborales, debilidad emocional y ansiedad entre otros.

También mantiene un enfoque transaccional del estrés laboral tomando en cuenta el agotamiento emocional, siendo la despersonalización una estrategia de protección frente a agotamiento. Ellos consideran que la baja realización personal se da porque el trabajador hace una evaluación cognitiva de la situación de estrés por acontecimientos laborales frustrados (Martínez, 2010).

Otro antecedente del Burnout es lo que Cox y cols (1993) denominan salud de la organización. Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura.)

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

4.4.1. Modelo tridimensional de MBI-HHs (Maslach y Jackson)

Maslach y Jackson continuaron con las investigaciones ya hechas y estudiadas con Leiter y Schaufelli con respecto al MBI, afirmando que el burnout no solamente afecta al personal de medicina sino también a profesores, postulan el MBI –GS aplicable a la población de profesores y que fue validado mediante un estudio de Gil Monte (2002) en policías que también sumaron para dar una validez al mismo.

Entonces el MBI-GS se puede utilizar para todo tipo de profesionales tomando en cuenta tres dimensiones con algunas modificaciones. Esta escala consta de 16 ítems que indaga sobre las relaciones en el trabajo y los sentimientos hacia él.

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P: 75 Burnout alto, P: 50 Burnout medio, P: 25 Burnout bajo. Estas puntuaciones han sido estudiadas en

diferentes muestras concluyendo que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico. Es decir, no puede generalizar a todas las profesiones y culturas, requiriendo la adecuación o adaptación de ciertos criterios (Gil Monte,2002).

4.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil- Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

Esta teoría estructural está basada en la etiología, procesos y consecuencias del síndrome de burnout, teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento.

El síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido frente al conflicto de ambigüedad de rol y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.

5. Prevalencia del Burnout

El estudio del Síndrome de burnout en los profesionales de la salud es importante ya que engloba situaciones de estrés laboral por el que atraviesa un profesional de la salud y se instaura porque el profesional se desempeña en un ambiente de exigencia y demanda social. Entonces es necesario tener un criterio claro de cómo afecta esto en la calidad de vida profesional, para buscar estrategias de mejoras en el desempeño y tratar de disminuir o evitar estas situaciones de estrés.

5.1. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial

En el año 2010 en Alemania se realizaron estudios que demostraron que la prevalencia del Síndrome de Burnout está aumentando, según datos del Instituto de Investigaciones sobre política, en donde el 12,5% de los empleados muestran estrés en su trabajo (Díaz, 2016).

Un estudio hecho en la Facultad de Psicología de la Universidad de Guadalajara en México, nos brinda datos reveladores de prevalencia a nivel mundial sobre el síndrome de burnout: en los médicos se perciben cifras que giran desde un 12%, 21,6% y 41,6% en médicos de atención primaria (Dickinson y cols, 2007; Matías y cols, 2006; Castañeda y García de Alba, 2010) respectivamente. Así mismo se dan a conocer cifras del síndrome en profesionales de la salud que van desde el 31% (Ordenes, 2004) hasta un 36,6% (Grau y cols, 2008) y un 42,2% (Corredor, 2009).

Otra investigación realizada por Carrillo-Esper (2012) y Espinoza de los Monteros-Estrada (2012) nos muestra los índices de prevalencia e incidencia en cuanto al síndrome de burnout que es común en la práctica médica, con incidencia que va de 25 a 60%. Tomando en cuenta una muestra representativa de casi 6,000 médicos de atención primaria en un estudio aleatorizado, mostró que los médicos del género femenino tenían 60% más de probabilidad que los del masculino de manifestar signos o síntomas de desgaste.

Como han demostrado diferentes estudios e investigaciones realizadas el síndrome de burnout tiene en algunos casos una prevalencia alta y preocupante porque las personas afectadas son profesionales que trabajan directamente con pacientes y sus familiares, sin dejar de lado a sus compañeros de trabajo, esto termina afectando la calidad de vida en el ámbito social, familiar y laboral de quien lo padece.

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

Según Grau, Suñer, Prats y Briaga (2007) afirman que:

Al analizar la influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español llega a las siguientes conclusiones: La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5 en Guatemala y 2,5% en El Salvador. (p.215)

Una investigación elaborada en la Universidad Autónoma de Coahuila por Esquivel-Molina C, et al. (2007), utilizando el cuestionario de Maslach donde se entrevistaron 166 sujetos, edad media 42 años, sexo predominante masculino, tasa de respuesta 87.4 %, en el cual el 26 % presentó síndrome de burnout, 15.2 % con puntuaciones en cansancio emocional arriba de 27, 19.3 % con más de 10 puntos en despersonalización, la conclusión fue que el síndrome de agotamiento profesional en el médico es frecuente.

En un estudio transversal acerca de estrés y Burnout a 287 profesionales de la salud de un municipio de La Habana, médicos y enfermeros de los niveles primero y segundo de atención, hombres y mujeres, respondieron tres cuestionarios: Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno, Escala de Síntomas de Estrés, de Aro; e Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang se encontró que la prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30 % y la de síntomas de estrés de 50 %, el Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención (Hernández, 2003).

Cabana, García, García, Melis, y Dávila (2009) realizan un estudio descriptivo y transversal en 22 profesionales (médicos y enfermeras) del hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy en Matanzas a los que se les aplicó el cuestionario de Maslach sobre el

Burnout, que mide los tres aspectos del síndrome, los resultados se relacionaron con la edad, sexo, años de trabajo y estado civil. El sexo femenino predominó con 22 (70,3%), 80 % tiene una experiencia profesional de más de 10 años, la incidencia fue mayor entre 35 y 44 años, con 25 (83,3%), predominando el grupo de los casados con 22 (70,3 %). La mayor tendencia a presentar el síndrome fue en: mujer casada, con edad entre 35 y 44 años y antigüedad profesional mayor de 10 años. No se evidencia la presencia del síndrome de Burnout, pero sí una tendencia a desarrollarlo en un alto número de profesionales.

En Chile, en una investigación elaborada al personal del servicio de psiquiatría de un hospital público, los resultados muestran que un 69% de los participantes se ubican en un nivel de proclividad al burnout (49%) o con burnout (20,4%). Estas cifras son similares a las halladas en países europeos y más bajas que en los Estados Unidos, cuando se ha utilizado el MBI como instrumento de medición, en conclusión, la mayoría del personal profesional y de apoyo del Servicio de Psiquiatría estudiado evidencia estrés laboral crónico o burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional (Avendaño, 2009).

Un trabajo realizado de forma transversal a un total de 78 trabajadores del Hospital Ambulatorio de Guayana en Venezuela, a través de un cuestionario de datos generales y dos pruebas de tamizaje específicas para este síndrome y para el estrés laboral dieron resultados que el 82% de los sujetos estudiados pertenecían al sexo femenino; 42% eran casados y 49% solteros. Los grupos de edad más destacados fueron el de 35 a 39 años (23%) y el de 45 a 49 años (18%); la media de edad fue de 37.5 años, el 25.6% (20 sujetos) de los participantes calificó como estresado (8 o más puntos en el Epistres), en comparación con el 74.4% de no casos (58). Un 10.3% (ocho sujetos) presentó un nivel medio en el síndrome de burnout y un 6.4% obtuvo nivel alto (5). De la muestra, 83.3% de ellos (65 sujetos) tuvo un puntaje bajo (Pando, et al. 2003).

En un estudio Grau A et al (2007), realizado en España sobre el burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados El predominio de la relación del burnout percibido con Cansancio Emocional se comprueba también al interpretar el modelo del estudio multivariado. La

realización personal mantiene un efecto protector sobre la percepción de estar quemado. En cambio, no parece existir una asociación independiente entre la sensación de estar quemado y los valores obtenidos en la dimensión despersonalización. Estos hallazgos se observan de nuevo al estudiar las dimensiones del MBI tras su división en tertiles. La prevalencia de la percepción de burnout depende básicamente del tercil de cansancio emocional donde queda asignado el profesional sanitario. Así, el mayor escalonamiento o gradación de las prevalencias de percepción de burnout se observa en esta dimensión. Los profesionales situados en el tercil alto de cansancio emocional muestran altas prevalencias de percepción de burnout aunque estén situados en los tertiles bajos de las otras dos dimensiones del MBI, y en cambio, los profesionales situados en el tercil alto de baja realización personal o de despersonalización tienen prevalencias de percepción que dependen de su clasificación en tertiles dentro de cansancio emocional, siendo bajas en el tercil inferior y altas en el tercil superior de cansancio emocional. (p. 74)

Finalmente, un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer la prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar, nos muestra de los 43 médicos residentes participantes uno se excluyó por encuesta incompleta. Las edades oscilaron entre 25 y 38 años; el género predominante fue femenino con 59.5%, presentaron alteraciones psicofísicas en 61.9%, así como disfunción familiar en 26.19% y moderada en 63.63%. La asociación entre percepción de la dinámica familiar y grado de residencia resultó más frecuente la disfunción severa y moderada en alumnos de 2° y 3° grado ($p=0.032$). Las dimensiones del síndrome evidenciaron despersonalización baja (81%), cansancio emocional bajo (40.5%) y realización personal alta (88.1%). Para el síndrome Burnout intermedio se obtuvo 59.5% y Burnout asociado a cansancio emocional bajo 31.8%. Las conclusiones fueron que los médicos residentes presentan una prevalencia media a baja de Burnout, con realización personal baja, alteración en la percepción de la dinámica familiar y grado de residencia (Osuna, Medina, Romero y Álvarez 2009).

El estudio realizado en Veracruz Osuna, Medina, Romero y Álvarez (2009) encontraron el 68% de disfunción familiar asociado con la duración de jornadas laborales,10 en este estudio llama la atención la asociación significativa entre percepción de la dinámica familiar (disfunción familiar) y el grado de residencia, el más frecuente fue disfunción severa y moderada en alumnos de 2° y 3° grados. Encontramos ausencia de nivel alto de despersonalización, intermedio sólo en 19%, y con baja despersonalización 81%. La dimensión cansancio emocional alto sí se vio afectada en 23.8%, el sexo femenino fue el más afectado; sin embargo, hubo 40.5% de cansancio emocional bajo, con un nivel de realización personal alto en 80.9%, no se encontró baja realización personal, por tanto, se tiene buen grado de satisfacción de logros personales; aun así, la literatura coloca al género femenino como un factor vulnerable, por los conflictos propios de la mujer durante el transcurso de la especialización médica. (p.26)

5.3. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional

Ramírez (2015) realiza un estudio sobre el Burnout en profesionales de la salud en todas las provincias del Ecuador en donde llega a las siguientes conclusiones:

El perfil sociodemográfico del personal de salud que participó en este estudio fue el de una mujer, con una edad media de 40 años, con al menos dos hijos, mestiza, y casada. En relación con el perfil laboral de la muestra, fue el de un profesional con ingresos mensuales familiares superiores a \$1000, personal de enfermería, con una experiencia profesional de 10 o más años, y dedicación total, que ejercía su actividad en el sector público, con un contrato indefinido en una sola institución y una jornada laboral de 8 horas diarias, que trabajaba por turnos, que prestaba atención directa a los usuarios entre el 76-100% del tiempo, atendiendo a un mínimo de 17 pacientes al día, y que consideraba que disponía de “bastantes” recursos institucionales. En cuanto a las variables clínicas, los profesionales de la salud que participaron en este estudio presentaron puntuaciones medias en síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión neuroticismo,

psicoticismo, extraversión, apoyo social y afrontamiento activo y pasivo. La prevalencia del síndrome de burnout fue de elevada, afectando a un 36.4% del personal médico y de enfermería. (p.242)

También se realizó el estudio en el Hospital José Carrasco Arteaga sobre la prevalencia y factores asociados a estrés laboral en el personal del servicio de emergencia en 90 profesionales de atención en salud, donde se encontraron los índices de prevalencia, 61.1% de las personas participantes perteneció al sexo femenino; la prevalencia de estrés laboral elevado fue del 12.2%; por componentes del cuestionario se determinó que el 16.7% de las personas estudiadas presentaron cansancio emocional, el 37.8% despersonalización y el 53.3% falta de realización personal. Las conclusiones a las que se llegó fueron que hay una prevalencia notable de estrés laboral en el departamento de Emergencia, no se estableció la dependencia y relación estadística significativa entre la presencia de estrés laboral y los factores estudiados. Alambari, C., Barros, I., Dután, M., García, D., Yumbra, L., & Narváez, M. (2014)

Una tesis realizada sobre la Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011, aporta los siguientes resultados: en la jornada laboral de 8 horas para médicos que laboran en consulta externa del Ministerio de Salud Pública del Azuay se asocia a niveles más altos de Burnout en sus tres dimensiones en relación a los médicos que laboran 4 horas. La prevalencia general de Burnout es baja en comparación con otros países (Durán, 2013).

Además, los autores de la tesis que se realizó en los profesionales de enfermería del servicio de emergencias del Hospital de especialidades Eugenio Espejo en la ciudad de Quito encontraron que la prevalencia del Burnout en el personal profesional de enfermería es del 6%, y el 46 % de la población presentó una baja realización personal y no mantienen relación con las variables sociodemográficas que se identificó mediante el análisis descriptivo e inferencial (Cevallos, 2013).

Analizado lo expuesto anteriormente se puede decir que, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, se presenta una incidencia de 74,6% de presencia de Burnout, presentándose mayor cantidad de casos en médicos de consulta externa existiendo despersonalización, en cambio en el Hospital José Carrasco Arteaga la prevalencia del burnout fue de 12,2%, presentado falta de realización personal en un 53% y despersonalización en un 37,8% en el departamento de emergencia, sin embargo en un estudio global sobre el síndrome de burnout a nivel nacional la prevalencia es del 36,4% (Ramírez,2015).

6. Variables asociadas de Burnout

Cuando hablamos de burnout debemos tomar en cuenta que existen algunas variables que van a influir en el desarrollo del síndrome de burnout, entre las cuales tenemos:

6.1. Variables sociodemográficas en profesionales de la salud

Según refieren Atance (1997) el grupo que tiene mayor riesgo tomando en cuenta el sexo es el femenino ya que existe una doble carga de responsabilidad y de trabajo tanto a nivel laboral como en las tareas del hogar, otros estudios (Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro, 2011) muestran resultados en donde la mayor prevalencia se presenta en el sexo masculino, en cambio otras investigaciones (Paredes y Sanabria-Ferrand, 2008., Díaz, 2016., Arteaga-Romani, Junes-Gonzales y Navarrete, 2014) manifiestan que no existe relación entre la variable de sexo y la prevalencia del burnout.

Aparentemente no existe relación entre la edad y la prevalencia del burnout, sin embargo, mientras la práctica profesional comienza en los primeros años hay una posibilidad de que los profesionales puedan ser vulnerables a la aparición del burnout porque se enfrentan a la realidad laboral de que los preceptos idealistas no se pueden aplicar en la práctica profesional cotidiana y en todos los niveles (Atance, 1997).

En lo que respecta al número de hijos (Moriara et al. 2004) refieren que cuando una persona tiene hijos y una familia que cuidar, esto le va a permitir dirigir su atención al cuidado de ellos y le servirá como una fuente de desahogo, su compromiso con la familia les permite tener mayor madurez para poder afrontar las diversas situaciones que se les presentan a diario.

Con respecto a la etnia o raza según datos del INEC (2010) en el Azuay la población en su mayoría se considera mestiza, Ramírez (2015) en un estudio sobre burnout en profesionales de la salud en Ecuador que compara diferentes etnias con la mestiza concluye, que la mestiza tiene menor riesgo de no sentirse realizado.

Tomando en cuenta el estado civil los datos del INEC (2010) muestran que el 41,69% de la población del Azuay son casados, (Manzano, 1998) manifiesta que los casados o personas con parejas estables tienen una mejor capacidad de afrontamiento y presentan menor prevalencia de burnout.

6.2. Variables laborales en profesionales de la salud

En cuanto a los Ingresos mensuales se encontró una relación significativa del burnout con los bajos ingresos por las horas trabajadas, Ramírez, R (2015) manifiesta que, en el Ecuador, los profesionales que presentaron burnout tenían una remuneración menor a 1000 dólares (58,7%) (Tironi et al., 2009) consideran que los profesionales que no perciben remuneración económica son vulnerables de presentar burnout.

En relación a la experiencia laboral, según estudios de Ramírez (2015) en el Ecuador la experiencia laboral es de 10 años o más. Sin embargo, la mayoría de los trabajos indican que el síndrome de burnout aparece a medida que la experiencia profesional es mayor.

En lo que respecta al sector en el que trabaja, Ramírez (2015) refiere un perfil con profesionales que trabajan mayoritariamente en el sector público, así como referencias de datos del INEC (2010) también refieren que la mayor cantidad de trabajadores pertenecen al sector público.

Tomando en cuenta el tipo de contrato, en Ecuador Ramírez (2015) afirma que en su mayoría los profesionales que muestran tendencia al burnout tienen un contrato indefinido.

Con respecto a las horas de trabajo, en Ecuador la legislación dice que la jornada diaria de trabajo debe ser de 8 horas diarias, según Ramírez (2015) la media de la jornada diaria de trabajo en los casos investigados es de 8 horas.

En relación al número de pacientes al día, Ramírez (2015), son atendidos una media de 17 pacientes por día, pero hay una diferencia estadísticamente significativa en jornadas de más de 8 horas diarias de trabajo.

Y finalmente en lo relacionado a los recursos institucionales, en la investigación realizada en el Ecuador consideraba que los profesionales disponían de bastantes recursos institucionales 55,1% (Ramírez, 2015).

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

Las variables asociadas a la personalidad son recursos internos que van a permitir maneras de afrontamiento que van a estar relacionadas con el tipo de personalidad de cada uno, los tipos de personalidad que r relacionadas con el burnout son: neuroticismo, psicoticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A (es vulnerable al estrés), autoestima y coherencia.

En un estudio realizado en la Universidad Veracruzana de México, los resultados parecen confirmar que el modelo de personalidad resistente ejerce una influencia moduladora en los procesos de estrés y burnout. En este estudio, la relación que hay entre la personalidad resistente y el burnout fue negativa y estadísticamente significativa, aunque por la poca relación que se establece entre la personalidad resistente con las demás variables sociodemográfica sería conveniente limitar este resultado a dicha población antes de realizar afirmaciones contundentes y generalizadas (Ortega, 2007).

En el estudio realizado sobre el síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras por Roth y Pinto (2010), se hallan asociaciones entre los componentes del síndrome de burnout con algunos factores de la personalidad: el agotamiento emocional se correlaciona con la extraversión y el neuroticismo; la despersonalización lo hace negativamente con la amabilidad y positivamente con el neuroticismo; finalmente, la realización personal se correlaciona positivamente con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la amabilidad, no correlaciona con el neuroticismo.

Una investigación elaborada en la Universidad de La Laguna en España indica la existencia de relaciones entre el neuroticismo, el locus de control externo y el patrón A con respecto a determinadas características del síndrome del “estar quemado”. No sucede lo mismo con la dimensión de extroversión ni con la variable rigidez, ninguna de ellas presenta característica alguna con respecto al síndrome (Hernández, 2004).

Al analizar si la personalidad tiene una influencia en la presencia de Burnout, se encontró que el agotamiento emocional se correlaciona con la extraversión y el neuroticismo; la despersonalización se correlaciona negativamente con la amabilidad y positivamente con el neuroticismo; finalmente, la realización personal se correlaciona positivamente con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la amabilidad, no correlaciona con el neuroticismo.

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

Los hallazgos realizados por los autores Chacón y Grau (2004), nos muestra que la relación de variables de personalidad y el desgaste profesional o Burnout van en dos direcciones fundamentales: la predisposición al burnout de algunos rasgos del carácter y cualidades aisladas de las personas, y el papel que juegan determinadas subestructuras, cualidades complejas o patrones funcionales de la personalidad como aceleradores o inhibidores en el desarrollo del proceso de desgaste en el trabajo por efectos directos o indirectos. El sentido de coherencia y la personalidad resistente, como orientaciones globales generalizadas de la personalidad, han sido estudiados en su acción amortiguadora en el proceso de estrés y en el mantenimiento de la salud y el bienestar, pero existen pocos trabajos acerca de su influencia moduladora en el desarrollo del Burnout, especialmente en enfermeros. En esta última dirección, los resultados encontrados en enfermeros oncológicos cubanos apuntan a la influencia moduladora de estas variables predictores de salud positiva (salutogénicas) en el proceso de desarrollo del burnout, encontrándose componentes amortiguadores que actúan más tempranamente y otros que ejercen su acción moduladora en estadios más tardíos de formación del síndrome.

Podemos concluir diciendo que las variables asociadas nos dan una referencia de análisis del Síndrome de Burnout en donde se evidencian correlaciones de la presencia del Burnout tanto en los aspectos sociodemográficos, laborales, de la personalidad y variables moduladoras ante las situaciones de estrés permitiendo ubicarnos de una manera global en la problemática del síndrome para poder actuar de manera preventiva, de diagnóstico, de intervención y seguimiento cuando el síndrome se ha instaurado.

CAPITULO 2. METODOLOGÍA

2.1. OBJETIVOS:

2.1.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia del síndrome de burnout en la variable horas de trabajo en médicos y enfermeras y su relación con la dimensión agotamiento emocional en dos instituciones privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca durante el año 2016-2017.

2.1.2. Objetivos Específicos

Identificar la caracterización sociodemográfica y laborales investigadas en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro la ciudad de Cuenca.

Determinar las dimensiones del burnout investigadas en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca.

Identificar el malestar emocional en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca.

Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca.

Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca.

Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca.

Determinar la relación entre las horas de trabajo de médicos y enfermeras y las dimensiones del burnout.

2.2. Preguntas de Investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales la muestra investigada en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro la ciudad de Cuenca?

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca?

¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de burnout es la que presenta un alto nivel en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca?

¿Cuáles son los rasgos de la personalidad y las características de salud mental en los profesionales de las dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro la ciudad de Cuenca?

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca?

¿Cuál es la relación entre las horas de trabajo y las dimensiones del burnout en los médicos y enfermeras en las dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca?

2.3. Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro de la ciudad de Cuenca, las cuales prestan servicios de alto nivel en lo científico, tecnológico y humano, estas entidades ofrecen: hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, gastroenterología, cuidados intensivos, consulta externa, entre otros. Cuenta con modernos equipamientos e instrumentos médicos, además las instalaciones son amplias y adecuadas para prestar un servicio oportuno y de calidad. Los profesionales son altamente capacitados y eficientes que están comprometidos con el servicio a la comunidad.

2.4. Diseño de investigación

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, en donde se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación

(Hernández, 1994).

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

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

2.5. Muestra

La población objeto de estudio fue el personal médico y de enfermería de instituciones públicas y privadas de salud, es decir médicos en servicio activo de cualquier especialidad y enfermeras.

La muestra fue de tipo no probabilístico y accidental, luego del proceso de depuración de resultados se confirma que los instrumentos se aplicaron a 40 profesionales que trabajan en dos instituciones de salud privada de la ciudad de Cuenca de la zona urbana, que cumplieron con los requisitos de inclusión de la muestra, correspondiendo a:

20 médicos de los cuales 14 pertenecen al sexo femenino y 6 al sexo masculino y 20 enfermeras.

La recolección de la muestra, no presentaba riesgo alguno para los participantes, se dio el proceso dentro del marco ético de Helsinki garantizando la absoluta confidencialidad de los datos particulares recogidos en la investigación.

2.5.1. Criterios de inclusión: Ser profesional de la rama de medicina/enfermería, estar actualmente en ejercicio profesional, tener la apertura para participar libre y voluntariamente en la investigación, tener mínimo 4 años de experiencia profesional y haber firmado el consentimiento informado.

2.5.2. Criterios de exclusión: No cumplir con el requisito de mínimo cuatro años de experiencia profesional, ser auxiliar o técnico en enfermería/medicina y no haber cumplido con el requisito de firmar el consentimiento informado.

2.6. Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación se realizaron las siguientes actividades:

Revisión y análisis de los diferentes cuestionarios propuestos para la investigación.

Elaboración y legalización con la UTPPL de la solicitud para demandar el permiso de aplicación de los cuestionarios en las instituciones de salud.

Entrevista personal con los directivos de las instituciones de salud para explicar los objetivos de la investigación y la población a la que estaba dirigida, así como la presentación de la solicitud por escrito.

Recepción del visto bueno de las autoridades de las instituciones de salud estudiadas y lineamientos a seguir para la aplicación de los cuestionarios de acuerdo a la organización institucional.

Entrevista con los jefes departamentales de los servicios de salud (jefe del personal médico y jefe del personal de enfermería) para determinar las fechas de aplicación de los cuestionarios.

Aplicación de los cuestionarios con previa explicación de los ítems de calificación y firma del consentimiento informado.

Análisis de los resultados obtenidos.

Elaboración del informe para la institución de salud en donde se levantó la información.

Entrega del informe a las autoridades de la institución sanitaria correspondiente.

2.7. Instrumentos

Los instrumentos aplicados en esta investigación son propuestos por el equipo de investigación de la UTPL para cumplir con los objetivos planteados.

Los datos de esta investigación fueron recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad los mismos que fueron aplicados en el orden que se muestra y se describen a continuación.

2.7.1. Cuestionario de Variables Sociodemográficas y laborales AD-HOC

Es un cuestionario diseñado para esta investigación que tiene la finalidad recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.

2.7.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Según la referencia de Ríos (2011), el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) fue elaborado por Maslach y Jackson (1986), el cual mide la frecuencia e intensidad del burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. En este estudio se ha utilizado la versión Maslach, C. y Jackson, S.E 1981; (1986). Seidos, adaptada para la población española (1977).

Los 22 ítems tipo Likert se califican con una puntuación que corresponde a: (0) que se puntúan de “nunca” hasta (6) que puntúan “todos los días”.

Considerando que, cuando las puntuaciones se registran altas en Cansancio Emocional y en Despersonalización, y bajas en Realización Personal se puede concluir que estos resultados se asocian a la presencia de sintomatología burnout.

- a) Agotamiento Emocional o Cansancio emocional: Evalúa nueve ítems, las puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente debido a las obligaciones que debe cumplir en el trabajo.

- b) Despersonalización: Evalúa cinco ítems, las puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.

- c) Realización Personal: Evalúa ocho ítems, detecta el nivel de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo, cuando la puntuación es baja en estas escalas está relacionado con la presencia del burnout.

2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vásquez Baquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)

El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”.

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:

- a. Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- b. Ansiedad e insomnio: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- c. Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- d. Depresión grave: Sentimientos de desvaría, pensamientos de muerte.

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

Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población española la cual la utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

1. Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.

2. Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
3. Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
4. Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
5. Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
6. Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
7. Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
8. Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
9. Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
10. Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
11. Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.

12. Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés, aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.

13. Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.

14. Humor: hacer burlas y reírse de la situación estresante.

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).

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

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

Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.

Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.

Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

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

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

Las características de la personalidad y sus patrones de conducta difieren de una persona a otra en lo cognoscitivo, lo connotativo, el afectivo y el constitucional, por lo que se adaptó el cuestionario original en versiones reducidas como la versión EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores:

- a) Neuroticismo: Cuando se registran puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicósomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si es sujeto es neurótico o estable.

- b) Extraversión: Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.

- c) Psicoticismo: El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.

- d) Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas (Eysenck, 1981).

2.8.- Recursos

2.8.1 Recursos humanos

- Directora de tesis
- Tesista
- Directivos de las instituciones
- Profesionales de la salud (médicos y enfermeras)

2.8.2 Recursos técnicos

- Computadora portátil
- Impresora
- Hojas de papel bond A4
- Cuestionarios
- Insumos de oficina

- Servicio de internet

2.8.3 Recursos financieros

\$40	Impresiones
\$30	Copias
\$60	Servicio de Internet
<u>\$60</u>	<u>Transporte</u>
\$190	Total

**CAPÍTULO 3. ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE DATOS**

3.1. Características sociodemográficas

Tabla 1

Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	6.0	30.0	0.0	0.0
Mujer	14.0	70.0	20.0	100.0
Total. de profesionales de la salud	20.0	50.0	20.0	50.0
Edad				
<i>M</i>	37.1		37.5	
<i>DT</i>	11.0		11.5	
Max	61.0		60.0	
Min	29.0		27.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.6		1.8	
<i>DT</i>	1.3		0.9	
Max	5.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	20.0	100.0	19.0	95.0
Blanco/a	0.0	0.0	1.0	5.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	5.0	25.0	3.0	15.0
Casado/a	15.0	75.0	15.0	75.0
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	0.0	0.0	2.0	10.0
Unión libre	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Guapisaca, V.

La presente investigación fue realizada en dos instituciones sanitarias privadas de la ciudad de Cuenca, tuvo como participantes 20 médicos y 20 enfermeras, luego de aplicar el cuestionario sociodemográfico.

El perfil de los profesionales médicos se caracteriza por ser un trabajador de etnia mestiza (100) % con una edad promedio de 37.1, siendo el más joven de 29 años y el mayor de 61 años; prevaleciendo el sexo femenino (70%) mientras que los profesionales varones estarían representados por el 30%; en la investigación realizada en médicos prevalece el estado civil casado representados con el 75%, con un máximo de 5 hijos y un promedio de 1,6 hijos.

En cuanto al perfil profesional de las enfermeras el 100% de la muestra corresponde al sexo femenino, de las cuales el 95% corresponde a la etnia mestiza y el 5% blanca, el promedio de edad es de 37,5 años (DT=11,5) de las cuales la más joven tiene 27 años y la mayor 60 años. En lo referente al estado civil el 75% son casadas, el 10 % divorciadas y el 15% son solteras, con un promedio de 1.8 hijos.

3.2.- Características laborales

Tabla 2

Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	2.0	10.0	20.0	100.0
1001 a 2000	15.0	75.0	0.0	0.0
2001 a 3000	1.0	5.0	0.0	0.0
3001 a 4000	2.0	10.0	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>	11.7		10.4	
<i>DT</i>	10.1		6.9	
Max	37.0		25.0	
Min	5.0		5.0	
Sector en el que trabaja				
Público	0.0	0.0	0.0	0.0
Privado	17.0	85.0	20.0	100.0
Ambos	3.0	15.0	0.0	0.0
Tipo de contrato				

Eventual	0.0	0.0	1.0	5.0
Ocasional	0.0	0.0	2.0	10.0
Plazo fijo	4.0	20.0	5.0	25.0
Nombramiento	15.0	75.0	12.0	60.0
Servicios profesionales	1.0	5.0	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
Horas de trabajo diarias				
<i>M</i>	15.2		8.0	
<i>DT</i>	8.3		1.1	
Max	24.0		12.0	
Min	4.0		6.0	
N.º de pacientes/día				
<i>M</i>	15.8		12.3	
<i>DT</i>	7.5		4.5	
Max	30.0		20.0	
Min	5.0		3.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	15.0	75.0	13.0	65.0
Mediadamente	5.0	25.0	5.0	25.0
Poco	0.0	0.0	2.0	10.0
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	12.0	60.0	20.0	100.0
No	8.0	40.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Guapisaca, V.

El análisis de las condiciones laborales de los médicos muestra que el ingreso de salarios para los médicos ocurre con un 75% en el rango de los 1000 a 2000 dólares, el 10% en el rango de 0 a 1000 dólares y 3001 a 4000 dólares, con una experiencia profesional de 11,7 años, un 85% de los médicos labora en el sector privado y 15% en ambos sectores (público y privado) el 75% trabaja con nombramiento indefinido lo que contrasta con el 20 % de médicos que trabajan con contrato a plazo fijo, con promedio de 15.2 horas al día (ya que algunos realizan turnos de 26 horas seguidas) y realizan turnos. El promedio de pacientes al día es de 15.8 con un máximo de 30 pacientes al día y el 60% de médicos realizan turnos rotativos.

Mientras que analizando la población de estudio de enfermeras: el salario en las enfermeras es en el 100% de 0 a 1000 dólares, con una experiencia profesional que muestra ser de 10,4 años; el 100% trabaja en instituciones privadas. El contrato de trabajo indefinido corresponde al 60% mientras que el 25% tienen contrato a plazo fijo y el 5% trabajan con contrato ocasional, cumpliendo una jornada de trabajo con un promedio de 8 horas diarias y 12.3 pacientes al día y el 100% de enfermeras realizan turnos rotativos.

3.3.- Clima laboral de los profesionales de la salud

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	10.0%	6	30.0%
	Bastante	13	65.0%	7	35.0%
	Totalmente	5	25.0%	7	35.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	7	35.0%
	Bastante	12	60.0%	9	45.0%
	Totalmente	5	25.0%	4	20.0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	3	15.0%
	Bastante	14	70.0%	10	50.0%
	Totalmente	4	20.0%	7	35.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	2	10.0%
	Bastante	10	50.0%	12	60.0%
	Totalmente	6	30.0%	6	30.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	8	40.0%	5	25.0%
	Totalmente	12	60.0%	15	75.0%
	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	1	5.0%

¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Bastante	8	40.0%	4	20.0%
	Totalmente	11	55.0%	15	75.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	1	5.0%	1	5.0%
	Poco	4	20.0%	5	25.0%
	Bastante	8	40.0%	9	45.0%
	Totalmente	7	35.0%	5	25.0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	6	30.0%
	Bastante	8	40.0%	9	45.0%
	Totalmente	9	45.0%	5	25.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	2	10.0%
	Bastante	11	55.0%	8	40.0%
	Totalmente	6	30.0%	10	50.0%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	4	20.0%	8	40.0%
	Bastante	12	60.0%	9	45.0%
	Totalmente	4	20.0%	2	10.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Guapisaca, V.

En cuanto a la percepción del clima laboral de los profesionales de la salud, hay múltiples variables que se observan en la tabla 3, las cuales van a influir en el desempeño y comportamiento frente a sus colegas, pacientes e institución. De manera general se observa que tanto los médicos como las enfermeras perciben un clima laboral favorable debido a que en las escalas de bastante a totalmente obtienen porcentajes altos de valoración como lo anotamos a continuación.

En los médicos la valoración por parte de sus pacientes es del 90%, de los familiares el 85%, en la valoración que perciben de sus compañeros de profesión 90% y en la valoración que sienten de los directivos de la institución 80%, en la satisfacción con el trabajo que realizan 100%, en la satisfacción en la interacción con los pacientes 95%, en la satisfacción por el apoyo

brindado por parte de los directivos de la institución 75%, en la satisfacción con la colaboración entre compañeros de trabajo 85%, en la satisfacción con la valoración global de su experiencia profesional 85%, en la satisfacción con su situación económica los médicos alcanzan un 80%, todas ellas en la escala de bastante a totalmente.

De igual manera en las enfermeras en la escala de bastante a totalmente tenemos: en cuanto a la valoración que perciben las enfermeras por parte de sus pacientes hay un reconocimiento del 70%, valoración de los familiares alcanzan en estas dos escalas un reconocimiento del 65%, aunque éstas en un 35% indican ser poco valoradas, en la valoración que perciben de sus compañeros de profesión el 85%, en la valoración que sienten de los directivos el 90%, en la satisfacción con el trabajo que realizan el 100%, en la satisfacción en la interacción con los pacientes el 95%, en la satisfacción por el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución muestran una satisfacción con el apoyo brindado del 70%, en la satisfacción con la colaboración entre compañeros de trabajo alcanzan un 70%, en la satisfacción con la valoración global de su experiencia profesional el 90%, en la satisfacción con su situación económica un 55%, cabe destacar que muestran un porcentaje del 40% de estar poco satisfechas con su situación económica.

3.4.- Dimensiones del burnout en profesionales de la salud

Tabla 4

Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	2	10.0%	12	60.0%
	Medio	11	55.0%	3	15.0%
	Alto	7	35.0%	5	25.0%
Despersonalización	Bajo	10	50.0%	13	65.0%

	Medio	7	35.0%	5	25.0%
	Alto	3	15.0%	2	10.0%
Realización personal	Bajo	9	45.0%	7	35.0%
	Medio	5	25.0%	6	30.0%
	Alto	6	30.0%	7	35.0%

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

Elaborado por: Guapisaca, V.

En lo referente a la muestra de médicos frente al Inventario del síndrome de burnout (MBI) la puntuación más alta corresponde a la dimensión de agotamiento emocional con un agotamiento medio (55%) y un agotamiento alto (35%) en los casos analizados, la dimensión de realización personal presenta bajo (45%) y en la dimensión de despersonalización alto (15%) y medio (35%) de los médicos.

En la muestra del personal de enfermería el porcentaje más alto es en realización personal (35%), seguida de agotamiento emocional (25%) y despersonalización (10%).

3.5 Prevalencia del burnout en profesionales de la salud

Tabla 5

Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud

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

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

Elaborado por: Guapisaca, V.

Los datos obtenidos resultado de la aplicación del MBI determinan que existe en los médicos la presencia de un caso de burnout, lo que representa un 5%, frente a la no presencia de este caso en las enfermeras.

3.6.- Malestar emocional de los profesionales de la salud

Tabla 6

Malestar emocional de los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	14	70.0%	11	55.0%
	Caso	6	30.0%	9	45.0%
Ansiedad	No caso	12	60.0%	10	50.0%
	Caso	8	40.0%	10	50.0%
Disfunción social	No caso	20	100.0%	20	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	18	90.0%	17	85.0%
	Caso	2	10.0%	3	15.0%

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

Elaborado por: Guapisaca, V.

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los de ansiedad en ambos grupos (médicos 40% y enfermeras 50%), los síntomas somáticos (médicos 30%, enfermeras 45%), ansiedad (médicos 40%, enfermeras 50%), y depresión (médicos 10%, enfermeras 15%).

3.7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

Tabla 7

Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

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

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

Elaborado por: Guapisaca, V.

En afrontamiento se observó que las que poseen una media más alta en la muestra de los médicos son: afrontamiento activo (2.6), planificación (2.3), aceptación (2.2) y replanteamiento positivo (1.9); mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: afrontamiento activo (1.6), planificación (1.6), aceptación (1.5) y desahogo (1.5).

Se puede observar que las estrategias utilizadas casi son coincidentes en ambos sectores estudiados.

3.8. Apoyo social de los profesionales de la salud.

Tabla 8

Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	81.9	19.4	100.0	42.5	79.3	15.9	100.0	40.0
Apoyo instrumental	79.0	19.8	100.0	40.0	70.8	18.4	100.0	35.0
Relaciones sociales	84.3	18.3	100.0	40.0	84.0	15.5	100.0	40.0
Amor y cariño	89.0	18.1	100.0	40.0	87.7	12.3	100.0	40.0

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

Elaborado por: Guapisaca, V.

En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta es amor y cariño siendo para médicos 89 y para enfermeras 87.7, luego se percibe la escala de relaciones sociales con una media de 84 tanto para médicos como para enfermeras, seguido por apoyo emocional con una media de 81.9 en los médicos y 79,3 en las enfermeras, finalmente apoyo instrumental con una media de 79 para los médicos y 70.8 para las enfermeras.

3.9. Rasgos de la personalidad en los profesionales de la salud

Tabla 9

Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.1	1.9	6.0	.0	2.1	2.2	6.0	.0
Extroversión	3.8	2.0	6.0	.0	3.7	1.8	6.0	.0
Psicoticismo	1.5	1.1	4.0	.0	2.0	1.3	4.0	.0

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

Elaborado por: Guapisaca, V.

El rasgo de personalidad con un mayor valor promedio que se presenta en el estudio para ambos sectores de profesionales es el mismo, extroversión, (médicos 3.8 y enfermeras 3.7), seguido de neuroticismo (médicos y enfermeras 2.1) y finalmente el que presenta el menor valor en ambos sectores es el psicoticismo (médicos 1.5 y enfermeras 2.0).

3.10. Correlaciones entre horas de trabajo y las dimensiones del burnout

Tabla 10

Correlaciones entre horas de trabajo y las dimensiones del burnout

	Horas de trabajo		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Burnout	.386*	.015	39
Agotamiento emocional	.427**	.006	40
Despersonalización	.188	.245	40
Realización personal	.034	.836	39

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

Elaborado por: Guapisaca, V.

*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

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

La tabla 10 muestra una correlación significativa entre horas de trabajo y burnout, $r(39) = .386, p = .015$. lo que indica que a más horas de trabajo mayor es la posibilidad de presencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud. Se observa una relación entre horas de trabajo y agotamiento emocional existe una correlación muy significativa entre estas variables, $r(40) = .427, p = .006$. Por consiguiente, mientras más horas de trabajo tengan los profesionales de la salud, mayor será el agotamiento emocional. Cabe indicar que no existe correlación significativa entre horas de trabajo, despersonalización y realización personal.

**CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN DE LOS
RESULTADOS**

En el presente estudio se pudo identificar una prevalencia del 5% de burnout en la población de médicos, resultado que es similar al estudio Grau, Suñer, Prats, Briaga (2007) al analizar la influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español que muestra que la prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5 en Guatemala y 2,5% en El Salvador.

Al referirnos a la caracterización de la muestra sociodemográfico y laboral investigada en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en el sector sur este y sector centro la ciudad de Cuenca en el año 2017 se puede decir que en la muestra de personal médico, el 70% son mujeres y el 30% son hombres, en la muestra del personal de enfermería el 100% son mujeres, datos que concuerdan con los datos del INEC (2010), que dice que en el Azuay existen mayor cantidad de mujeres que de hombres, en cambio a nivel nacional hay más hombres que mujeres. Además la edad promedio en médicos /as es de 37,1 y 37,5 en enfermeras, resultados que concuerdan con los datos del INEC (2013) que muestran la edad productiva en el Ecuador está entre los 25 y 45 años de edad, así como revela coincidencia con la edad promedio para el Azuay que es de 29 años, en lo que a la etnia se refiere, ambos grupos presentan un predominio de identificarse con la raza mestiza con un 100% para los médicos y 95% para las enfermeras cuyos datos son más altos relacionándolos con el referente del INEC (2010) 71,9% para la población general del Ecuador y que se acerca más al promedio entre el 87,1 al 89,6% que refiere para el Azuay.

En el estado civil se presenta en forma mayoritaria la condición de personas casadas 75% para los médicos y enfermeras, que son más altos con relación a los datos del INEC (2010) que muestran que para el Azuay es 41,69% y para el Ecuador 32,5%, siendo los solteros la segunda condición de estado civil 25% médicos y 15% enfermeras, mostrándose menor con relación a los datos del INEC (2010) que muestran que en el Azuay hay un 39,79% de personas solteras y en el Ecuador 36,5% solteros. Resultados que serían positivos ya que como Maslach

(2009) lo manifiesta, en las personas casadas el apoyo social les va a permitir enfrentarse y resolver situaciones de estrés, lo que va a reducir la aparición del burnout ya que el profesional sanitario va a contar con su pareja como apoyo social.

Con respecto a las variables laborales la mayoría de los participantes (75% médicos/as) manifestaron que percibían ingresos mensuales entre \$1001 a \$2000 dólares, esta cifra concuerda con la información que reposa en el INEC a través de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR, 2012) la cual explica que para la zona urbana el ingreso salarial mensual es de \$1046.3, en cambio el 100% de las enfermeras perciben un salario entre 0 y 1000 dólares que estaría por debajo del valor referencial. En cuanto a la experiencia laboral, la media para médicos/as es de 11.7 años, mientras que en enfermeras la media es de 10.4, estos datos coinciden con los presentados en otros estudios (Ramírez, 2015). El 85% de los médicos/as laboran en el sector privado y el 15% en ambos sectores y 100% de las enfermeras indicaron que laboran en el sector privado, no se puede realizar una diferenciación debido a que la muestra recolectora de datos para esta investigación se la ejecutó en instituciones privadas solamente. El referente a nivel nacional de empleados privados según INEN (2010) es del 33% para el Ecuador y 35,4% para el Azuay, que son porcentajes más bajos que la muestra de estudio como es de esperarse.

En el tipo de contrato que poseen los dos grupos estudiados se evidencia que tienen contrato con nombramiento (médicos/as 75% y enfermeras 60%), datos que coinciden con el estudio de Ramírez (2015) en el que menciona que los participantes poseen un contrato indefinido o nombramiento.

Las horas diarias promedio trabajadas por los médicos se encuentra en 15.2 teniendo jornadas mínimas de 4 horas y máximas de 26 horas continuas de trabajo cuando realizan turnos, y ocho horas diarias para las enfermeras, datos que coinciden con los estudios de Ramírez (2015) atendiendo diariamente a un promedio de 15.8 pacientes para los médicos y

12.3 pacientes para las enfermeras, valores que se encuentran por debajo del valor referencial para el Ecuador que es de 17 pacientes.

Ambos sectores indican que la institución les suministra totalmente los recursos indispensables para su trabajo en un 75% y 65% para los médicos y enfermeras respectivamente, estos datos son un poco más altos que los datos obtenidos en estudios sobre burnout en profesionales de la salud en Ecuador realizados por Ramírez (2015) que muestran un 55,1%, con la diferencia de que la muestra fue aplicada en instituciones estatales.

Los médicos laboran realizando turnos en un 60%, a diferencia de las enfermeras que lo hacen en su totalidad 100%, resultados que tienen similitud con los estudios de Ramírez (2015) que analiza a la población sanitaria en las diferentes provincias del Ecuador en donde el 76% de los médicos/as y el 85.7% de las enfermeras trabajan en turnos, que según el Ministerio de Trabajo (Ley 2012-62; Acuerdo Ministerial 00001849) ésta estaría enmarcadas en la legislación bajo la denominación de “jornadas especiales” que se dan en función de las necesidades de la población e institucionales priorizando áreas de atención crítica y/o de alta demanda.

Los médicos y enfermeras se sienten bien valorados por parte de los pacientes, familiares de los pacientes, de sus compañeros de profesión, de los directivos de la institución, valoración global de su experiencia profesional en las escalas de bastante a totalmente se encuentran entre porcentajes de 85% a 100%, lo que daría una protección frente a la aparición del síndrome de burnout.

En el análisis de las dimensiones del burnout, la dimensión con prevalencia más alta es agotamiento emocional que se presenta en un 35% de casos analizados en médicos y una menor proporción de casos en enfermeras (25%), datos que se acercan a los resultados del estudio sobre la prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en

los y las enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pualto, Antolín, Moure (2005) con 27,82% y que son más altos que los referidos por Maslach y Jackson (1982) 20,36%, que también tienen relación con el malestar percibido en estudios sobre la Influencia del síndrome de burnout en la salud de los trabajadores penitenciarios (Bringas, Fernández, Álvarez, Martínez y Rodríguez, 2015). En la dimensión de despersonalización el 15% corresponde a un nivel alto, y en realización personal los médicos presentan alto 30% y bajo 45% mientras que en las enfermeras tanto alto como bajo corresponden al 35%. Además, estos datos tienen relación con los encontrados.

En lo referente al malestar emocional los síntomas que más sobresalieron fueron ansiedad (médicos 40% y enfermeras 50%) y síntomas somáticos (30% médicos y 40% enfermeras) datos similares en a los referidos por Marengo y Ávila (2016) en estudios realizados sobre Burnout y problemas de salud mental en docentes: diferencias según características demográficas y socio laborables, en donde sobresalen síntomas somáticos y de ansiedad en la muestra realizado en Colombia.

Refiriéndonos a las estrategias de afrontamiento que el personal de salud utiliza en situaciones de estrés, siendo las más sobresalientes en el personal médico afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento activo y planificación) y estrategias centradas en la emoción (aceptación y replanteamiento positivo) y enfermeras (afrontamiento activo, planificación, aceptación y desahogo) que tienen relación a un estudio realizado por Cassaretto (2011) en donde se presenta mayormente un estilo de afrontamiento centrado en el problema seguidos por estilos centrados en la emoción.

El rasgo de personalidad con un mayor valor promedio que se presenta en el estudio para ambos sectores de profesionales es el mismo, extroversión seguido de neuroticismo y el rasgo que presenta el menor valor en ambos sectores es el psicoticismo, la extroversión sería un factor de protección en la aparición del síndrome de burnout como lo manifiesta Fontana y

Abouserie (1993) que en sus estudios encontraron que no hay una correlación entre estrés laboral y extroversión, pero sí hay una correlación positiva entre niveles altos de estrés con psicoticismo y neuroticismo. La personalidad extrovertida va a potenciar la percepción positiva permitiendo un bienestar psicológico. Así como también Roth y Pinto (2010) manifiestan que la extroversión si se relaciona con el agotamiento emocional como lo muestra el presente estudio.

Al referirnos a la relación horas de trabajo con las dimensiones del burnout se observa una correlación positiva, en una proporción entre débil y moderada se da el aumento del Burnout debido al incremento de las horas de trabajo, datos que se relacionan con un estudio realizado en un hospital general de la especialización de psiquiatría Da Silva (1999) manifiesta que el ocio estaba relacionado con el burnout, afirmando que a cuando más horas de ocio hay , se presenta menor despersonalización y por lo tanto se disminuye el riesgo de la presencia de burnout.

En lo que se refiere a las horas de trabajo relacionado con agotamiento emocional se observa una correlación más fuerte que la observada en “horas de trabajo y burnout” tiene un coeficiente de determinación de 18.23%, lo que indica que la porción del 18.23% de la variación total en la variable dependiente “agotamiento emocional” se ve explicada por la variación en la variable independiente “horas de trabajo”, es decir en una proporción baja se da el aumento del agotamiento emocional debido al incremento de las horas de trabajo

CONCLUSIONES

Luego de haber finalizado el trabajo de investigación se llega a las siguientes conclusiones:

El perfil sociodemográfico del personal de salud de las dos instituciones privadas que participaron en el estudio fue el de una mujer, con una edad promedio de 37 años, con 1,6 hijos, de raza mestiza, sobresaliendo el estado civil casada; haciendo referencia a las características laborales el perfil de la muestra fue de un profesional con ingresos mensuales de 1000 a 2000 dólares, con una experiencia profesional entre 10 y 11 años, que ejercía su profesión en el sector privado con contrato indefinido, que trabaja en una sola institución, que atiende un promedio de 12 a 15 pacientes por día, que trabaja de 8 a 15,2 horas diarias, realizando turnos y que dispone de bastantes recursos institucionales para realizar su práctica profesional.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son el afrontamiento activo, planificación y aceptación en médicos y enfermeras para poder sobrellevar las exigencias en el campo laboral. El apoyo social que reciben los profesionales sanitarios es el amor y cariño, las relaciones sociales y el apoyo emocional. En lo referente a las variables clínicas; los profesionales sanitarios presentaron síntomas somáticos y ansiedad.

La prevalencia del síndrome de burnout en la población estudiada fue del 5%, que se presentó en el sexo femenino. El rasgo de la personalidad que predomina en la población de estudio es extroversión que sería un factor de protección para la aparición del síndrome de burnout ya que va a permitir a los profesionales resolver de manera positiva los conflictos en la jornada diaria de trabajo.

En cuanto a las dimensiones del burnout la población estudiada no presenta una correlación significativa entre prevalencia del burnout, despersonalización y realización personal, en cambio hay una correlación significativa entre horas de trabajo con burnout y horas de trabajo con agotamiento emocional. Lo que significa que mientras más horas de trabajo

tengan mayor será el agotamiento emocional lo que puede dar como resultado el síndrome de burnout.

Este estudio ha permitido conocer las manifestaciones del burnout desde la óptica de los profesionales que laboran en instituciones de salud privadas, que si bien muestran algunas similitudes con las instituciones sanitarias públicas, también hay diferencias, como por ejemplo el número de pacientes atendidos es menor en las instituciones privadas que en las estatales, los profesionales de las instituciones privadas consideran que están bien dotados del material e insumos necesarios para su trabajo.

RECOMENDACIONES

Al haber concluido la presente investigación y de haber constatado una prevalencia de burnout del 5% en médicos en las dos instituciones, se plantean las siguientes recomendaciones:

A las instituciones sanitarias; mantener una dinámica de buen trato, fomentando el compañerismo y la solidaridad para poder integrar al profesional que presenta burnout ya que es una persona vulnerable a asilarse de su equipo de trabajo y presentar una indiferencia en el trato con sus pares y sus pacientes, procurar establecer espacios de descanso y recreación durante la jornada laboral que ayuden a manejar el estrés.

Para prevenir el agotamiento emocional se sugiere que además de los exámenes y controles médicos anuales de rutina al personal se realicen evaluaciones psicológicas para detectar si existen niveles de ansiedad o estrés.

Fomentar redes de apoyo social dentro de las instituciones sanitarias para que los profesionales puedan compartir sus experiencias y maneras de afrontamiento para aplicarlas en diferentes situaciones de su práctica profesional, estas redes de apoyo deben ser llevadas a cabo en coordinación con profesionales de psicología.

Realizar capacitaciones periódicas sobre burnout, estrés laboral y manejo del estrés para concienciar en los profesionales la importancia de la prevención e instaurar una psico educación que cada uno podrá manejar en la práctica profesional.

Es importante mantener las políticas de equipamiento y dotación de insumos para que los profesionales puedan desempeñar su trabajo sin someterse al estrés de adaptar prácticas que compensen falencias o carencias en este aspecto.

En cuanto a las jornadas largas de trabajo en turnos, se recomienda que la asignación de los horarios sea equitativa y continuar con los tres días de descanso después de los turnos

establecidos por la institución para que el profesional pueda oxigenarse y retomar el trabajo de manera activa.

Al equipo investigador; se recomienda considerar el número de cuestionarios a investigar, pues, se debe tomar en cuenta que el personal sanitario tiene un sistema de trabajo que demanda su involucramiento en un 100% por lo que resulta difícil dentro de las horas de trabajo o luego de la jornada diaria establecer espacios de tiempo para responder a varios cuestionarios a la vez, ya que demandan un tiempo considerable (mínimo de 20 a 30 minutos) lo cual resulta largo. Se debe tomar en cuenta esta observación para posteriores investigaciones.

Esta experiencia de investigación debería ser llevada a cabo en diferentes tipos de profesionales que día a día trabajan en contacto con personas como los profesionales que atienden a personas con discapacidad, personas de la tercera edad, etc., por lo que animo a la Universidad Particular de Loja, con su visión Idente para continuar con futuras investigaciones sobre este tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado Martín, José Ignacio, Bátiz Cano, Ainhoa, & Quintana Pérez, Salomé. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259-275. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006>
- Alambari, C., Barros, I., Dután, M., García, D., Yumbra, L., & Narváez, M. (2014). Factores asociados a Estrés laboral en el personal del servicio de emergencia del Hospital "José Crrasco Arteaga". *Revista médica Hospital José Carrasco Arteaga* vol. 7 (2) 134-138 (Tesis de pregrado).
- Akkus, Y., Karacan, y, Goker, H., y Aksu, S. (2010). Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Tutkey. *Nursing and Helalth Sciencies*, vol 12(4), 444-449. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21210922>
- Aranda, C. (2006). Aranda C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, vol 15, (29), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.sacriscielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S1409-14292006000200002&Ing=en&ting=es.
- Aranda.C, (2011). El síndrome de burnout o de quemarse en el trabajo: Un conflicto en la salud de los profesionales. . *Revista IIPSI*, vol. 14 (2), 271-276. Recuperado de : <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v14n2/a04.pdf>
- Arteaga-Romani, A., Junes-González, W., & Navarete- Sarabia A. (2014). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud. *Revista Médica Panacea*, vol. 4 (2), pp. 40-44. Recuperado de : <https://www.facebook.com/187797981305125/photos/a.189393807812209.49060.187797981305125/775409552543962/>

- Atance, J. 1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-
- Avedaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., & Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un Hospital público. *Ciencia y enfermería*, Vol. 15 (2) 55-68. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art07.pdf>
- Avila, J. G. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Revista Javeriana*, vol. 8 (15), 39-52
Recuperado de <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/articulo/view/142/422>
- Bringas, C., Frenández, A., Alvarez, E., Martínez, A & Rodríguez, F. (2015). Influencia del síndrome de burnout en la salud de los trabajadores penitenciarios. 17. Oviedo, España
- Carlín, M, Garcés de los Fayos, E. J. (enero 2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26(1), 169-180. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Carrilo-Esper R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica de Medicina Interna de México. *Med INt Mex*, Vol 28 (6), 579-584. Recuperado de Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mi>
- Cassaretto, M. (2011). Relaciones entre la personalidad y el afrontamiento en

estudiantes preuniversitarios. Vanguardia Psicológica. vol.1 (2), pp. 203-225. Recup.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815128.pdf>

Cevallos, G, Cantos,M. (2013). Prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del servicio de emergencias del Hospital de especialidades Eugenio Espejo (Tesis de grado especialista en enfermería en trauma y emergencia). Universidad Central. Quito

Ciancaglini, K (2006). Síndrome de Burnout. (Tesis de maestría). Universidad de Salamanca-España. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos38/sindromeburnout/sindromeburnout.shtm>

Chacón, M., & Grau,J.A. (2004)Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. Psicología y Salud, vol.14 (001), pp.67-78. Recuperado de:<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114108.pdf>

Da Silva H, Vega ED Pérez A. (1999) Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Actas.Esp. Psiquiatría.Recuperado de: revistas.um.es/eglobal/article/download/320/300

Díaz, F. y. (2016). La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre el 2000 y 2010. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 33(1), pp.113-131. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>

Durán, J. G. (2013). Prevalencia del Burnout en médicos de salud publica en la provincia del Azuay en jornada laboral 2011. Médico, Cuenca.

Farber, B. A (1983). Stress and burnout in the Human Service Professions. New York: Pergamon Press.

Gil Monte, P. Peiró.J.M (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. REvista Psicología del Trabajo y las organizaciones Recuperado de:
http://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2000_RPTO_Normas.pdf

Gil Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Revista Psicología en Estudio,, 7(1), 3-10. Recuperado de
<http://www.scielo.br/pdf/%od/pe/v7n1/v7n1a01./pdf>

Gil, M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de psicología, N15(2). Recuperado de
http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF

Golembiewski, R. T., y Munzenrider, R. (1988) Phases of burnout: Developments in concepts and applications. Westport: Praeger Publishers.

Grau A, Flichtentrei.D ((2007)). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Revista Española de Salud Pública, 83:, 215-230. Obtenido de
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>

Grau A, Flichtentrei D, Suññer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. (2008). Burnout percibido sensación de estar quemado en profesionales sanitarios, prevalencia y factores asociados. España. Información psicológica.info. Recuperado de:<http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/265/218>

Hernández G, O. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 121-136.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2012), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares urbano y rurales (2011-2012), Primera versión formato pdf, Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-nacional-de-ingresos-y-gastos-de-los-hogares-urbanos-y-rurales/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2013), Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades 2013, Primera Versión formato PDF, Quito, Ecuador, Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadísticas_Sociales/RecurssActividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2013.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2015), Tu gobierno. Ecuador . Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>

M Leiter, M., Clark, D., y Durup, J. (1994). Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. *Journal of Applied Behavioral Science*, 30(1), 63-82.

Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1986). *Maslach burnout inventory Manual*. (2ª ed) Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422.
- Marengo, A. D., & Ávila, J.H.. (2016) Burnout y problemas de salud mental en docentes: diferencias según características demográficas y socio laborables. 10. Barranquilla, Colombia.
- M^a Isabel Ríos Rísquez, I. C.-M. (enero de 2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar. (I. e.-9. (<http://revistas.um.es/analesps>), Ed.) *anales de psicología*, N 27(1), 71-79. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/113491/107481>
- Mansilla Izquierdo, F. (2012). El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. En F. Mansilla Izquierdo, *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. Valencia - España. Recuperado de http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_3.shtml
- Mansilla, I. F. (2012). El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. *Psicología online* capitulo 4. Recuperado http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_8.shtml
- Marañón, B. R. (2012). *Psicología de las diferencias individuales*. España: Psicología Pirámide.
- Martínez, P. Pérez, A. (2012) El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, pp. 1-40

Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat academia*. N° 112, 16.

Melita Rodríguez, M. C. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería*, vol.14 no.2 , 75-85. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532008000200010>

Morales, L.S., Hidalgo, L.F (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina legal de Costa Rica*. vol.32 n.1, 1. Recuperado de : http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014

Moriara, J. Herruzco, J. (2005). El Síndrome de Burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Clínica y salud. Revista de psicología clínica y salud*. vol.16 (2)p.161-172. Recuperado de : <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/95783.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (diciembre 2013). OMS. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ortega M, O. G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*. 17, 5-16. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/291/29117101.pdf

Ortega Ruiz, Cristina; López Ríos, Francisca; (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, enero, Vol. 4 137-160. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>

Osuna M, Medina L, Romero J y Álvarez M. (2009). Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 24 de Tepic, Nayarit, México. Recuperado el 26 de noviembre del 2016, de Revistas UNAM Sitio web: http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/16335/15541

Pando M, et al. (2003). Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio. *Psicología y Salud*, 13, 47-52. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/938>

Paredes, O., Sanbria-Ferrand, P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, vol. 16 (1) 25-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/910/91016105.pdf>.

Pualto, MJ., Antolín Rodríguez, R., Moure Fernández L. (2005). Prevalencia del síndrome del quemad@ y estudio de factores relacionados en l@s enfermer@s del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería Global*. Recuperado de : revistas.com.es/eglobal/article/view/320/300

Ramírez, R. (2015). Burnout en profesionales de la salud en Ecuador. (Tesis posgrado). Universidad de Santiago de Compostela. España. Recuperado de: dspace.usc.es/bitstream/10347/14632/1/rep_1118.pdf

Román, H. J. (2016). R Estrés y burnout en profesionaales de la salud de los niveles primario y secundario. *Revista cubana de saud pública*, vol.29 (2)103-110.

Rosas, S. (2007). SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL PACHUCA. (Tesis de grado) maestría).Universidad Autónoma de Quétaro. Santiago de Quétaro. Recuperado de <http://studylib.es/doc/6665174/s%C3%ADndrome-de-desgaste-profesional--burnout->

Roth, E y Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. Ayayu. Vol.8 (2) pp.277-292. Recuperado de: <http://www.boliviarevista.com/index.php/ajayu/article/view/108>

Soreques, J., Cebria, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., & Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Issue, vol. 4. Pp. 227-233. Recuperado de: Science Direct, Sitio web: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703791641>

S Tironi, M., Nascimento, C., Barros, D. D. S., Farías, E., Marqués, S., Almeida, A., Bitencurt, A., Ramos Feitosa, A., Serra Neves, F., Cunha, I., Franca, J., Guimarães, L., Barreto, M., Valverde, M., Santos T, Marcelo., Bastos, M &Souz, Y.G.D. (2009). Síndrome de burnout en médicos intensivistas de El Salvador. Revista da Associação Médica Brasileira vol.55 (6). Recuperado de

Vásquez, J. F., Maruy-Saito, A., y Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. Revista de Neuro-Psiquiatría, 77, 168-174.

ANEXOS

ANEXO 1. Documento de información para participantes.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES

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

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL: Vilma Lorena Guapisaca Juca

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud

Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

Vilma Guapisaca guapisacatoQyahoo.com 4106948

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

ANEXO 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

Fecha.....

NOMBRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

.....

FIRMA

ANEXO 3. Cuestionario sociodemográfico y Laboral

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad _____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____
Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja
usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

¿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				
¿Está satisfecho está con su situación económica?				

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

ANEXO 4. 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.

Número	Alguna vez al año	Una vez al mes o	Algunas veces	Una vez a la	Varias veces a la	Diariamente
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									
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									
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									
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis									
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los									
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/bern/deteccion.pdf>

ANEXO 5. Cuestionario (GHQ-28)

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE
LOJA

Questionnaire (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.

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

A4.¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

1. No, en absoluto.
2. No más de lo habitual.
3. Bastante más que lo habitual.
4. Mucho más que lo habitual.

B4.¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

1. No, en absoluto.
2. No más de lo habitual.
3. Bastante más que lo habitual.
4. Mucho más que lo habitual.

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

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

ANEXO 6. Cuestionario BRIEF-COPE.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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/BUCEM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

ANEXO 7. Cuestionario de AS.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

Nunca	Pocas veces	Algunas	La mayoría de veces	Siempr
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					
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
Cals (1991).

Recuperado de <http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

ANEXO 8. Cuestionario EPQR-A.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CUESTIONARIO EPQR-A

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

Descripción	S	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		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

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