



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Síndrome de burnout y su relación con el psicoticismo en profesionales de salud de una institución pública del sector nor -oriental de la ciudad de Quito durante el año 2016 - 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Hidalgo Villarreal, Nubia Amparo

DIRECTOR: Negrete Zambrano José Fernando, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2017



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

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor

José Fernando Negrete Zambrano

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración: El presente trabajo titulación: “Síndrome de burnout y su relación con el psicotricismo en profesionales de salud de una institución pública del sector nor -oriental de la ciudad de Quito durante el año 2016 – 2017 realizado por Nubia Amparo Hidalgo Villarreal, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo

Loja, Noviembre de 2017

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Nubia Amparo Hidalgo Villarreal declaro ser autor(a) del presente trabajo de titulación: “Síndrome de burnout y su relación con el psicoticismo en profesionales de salud de una institución pública del sector nor -oriental de la ciudad de Quito durante el año 2016 - 2017”, de la Titulación de Psicología siendo Doctor José Fernando Negrete Zambrano 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: Nubia Amparo Hidalgo Villarreal

Cédula: 171106322 0

DEDICATORIA:

A mi hija Renata, quien con la luz de su mirada ilumina cada día de mi vida, me renueva y me invita a crecer constantemente como madre, como profesional y especialmente como ser humano.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme cumplir un logro más en mi vida profesional.

A la institución de salud y profesionales sanitarios de la ciudad de Quito que colaboraron para el levantamiento de la información del presente estudio, al equipo de investigación, tutores y director de tesis de la UTPL.

A mis padres por el ejemplo y los sabios consejos que han guiado mi vida.

A toda mi familia por su amor, apoyo constante y fe en mí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA:	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	3
CAPÍTULO I	5
MARCO TEORICO.....	5
1.1. Delimitación conceptual.....	6
1.2. Consecuencias del burnout.....	8
1.2.1. Consecuencias individuales.....	9
1.2.1.1. <i>Manifestaciones psicósomáticas</i>	9
1.2.1.2. <i>Manifestaciones conductuales</i>	9
1.2.1.3. <i>Manifestaciones emocionales</i>	9
1.2.2. Consecuencias laborales	9
1.3. Desarrollo y fases del burnout	11
1.4. Modelos explicativos de burnout.....	12
1.4.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo	12
1.4.2. Modelos elaborados desde la teoría del Intercambio Social	13
1.4.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional	14
1.5. Prevalencia	15
1.5.1. Prevalencia a nivel mundial.....	16
1.5.2. Prevalencia a nivel nacional	16
1.6. Variables.....	17
1.6.1. Variables sociodemográficas.....	17
1.6.2. Variables Laborales	18
1.6.3. Variables de la personalidad	18
CAPÍTULO II	20

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION.....	20
2.1. OBJETIVOS.....	21
2.1.1. Objetivo General.....	21
2.1.2. Objetivos Específicos.....	21
2.2. Preguntas de Investigación.....	22
2.3. Contexto de la investigación.....	22
2.4. Diseño de investigación.....	23
2.5. Muestra seleccionada.....	23
2.5.1. Criterios de inclusión.....	24
2.5.2. Criterios de exclusión.....	24
2.6. Procedimiento.....	24
2.7. Instrumentos:.....	24
2.7.1. Cuestionario de Variables Sociodemográficas y laborales <i>AD-HOC</i>	25
2.7.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).....	25
2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).....	26
2.7.4. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	26
2.7.5. Cuestionario MOS de apoyo social.....	27
2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.....	28
CAPÍTULO III.....	29
ANÁLISIS DE DATOS.....	29
3.1. Análisis de datos.....	30
3.2. Discusión.....	40
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	48
ANEXOS.....	51

RESUMEN EJECUTIVO

El síndrome de burnout o síndrome de agotamiento laboral, es conocido por ser una disfunción psicológica provocada por la sobrecarga laboral, sus características principales se definen alrededor de sus tres dimensiones básicas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. No hay una aceptación unánime acerca de su conceptualización, pero la más reconocida es la de la doctora Christina Maslach quien ha realizado aportes de gran importancia para su estudio. La población que más comúnmente lo padece es el personal sanitario por lo tanto hace algunos años se han desarrollado varias investigaciones al respecto.

Este estudio se realizó en una institución de salud pública de Quito con una muestra de 40 profesionales de medicina y enfermería. La prevalencia del burnout encontrada es de 10%. Los resultados de las dimensiones que corroboran su presencia son el agotamiento emocional elevado y la baja realización personal.

Se determinó presencia de síntomas somáticos, de ansiedad y de psicoticismo.

Palabras clave: Síndrome de burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, psicoticismo, médicos, enfermeras.

ABSTRACT

Burnout syndrome is known to be a psychological dysfunction caused by work overload, its main features are defined around three basic dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment. There is no unanimous acceptance of its conceptualization, but the most accepted is, of doctor Christine Mashlach who has made important contributions for its study.

The population that most suffer this syndrome is, the health professionals, therefore a number of researches have been carried out several years ago.

This study was done in a public health institution of Quito with a sample of 40 doctors and nurses. The prevalence of burnout was 10%. The dimensions corroborate their presence with high emotional exhaustion and low personal fulfillment.

It was determined, the presence of somatic symptoms, anxiety and psychoticism.

Key words: Burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, psychoticism, doctors, nurses.

INTRODUCCION

El síndrome de burnout es un síndrome clínico definido inicialmente por Freudenbergger como el síndrome del cansancio laboral ocasionado mayormente por sobrecarga laboral que exige importantes recursos personales del trabajador y que podría exacerbarse por muchas variables de tipo personal y también laboral, varios autores han hecho importantes aportes a su estudio, especialmente la doctora Christina Maslach quien indica que es un síndrome tridimensional ya que está compuesto por sintomatología de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal e incluso creo un instrumento de suma importancia para su evaluación "Maslach Burnout Inventory".

Se ha comprobado que los trabajadores que son más susceptibles son los profesionales sanitarios

En este estudio se realizó la investigación en una institución de salud del nor-oriente de Quito, para encontrar la prevalencia del síndrome y de sus dimensiones y su relación con la variable psicoticismo.

El trabajo está dividido en tres capítulos, en el primer capítulo se encuentra el desarrollo del concepto del síndrome de burnout en la historia, incluyendo los aportes de los autores de su definición y los demás investigadores que han ayudado a su estudio, también se ven las consecuencias que este trastorno puede ocasionar, así como también su desarrollo y las posibles fases que se van dando durante su aparición y progresión. También están incluidos los modelos explicativos que han sido determinados por diferentes autores. La prevalencia que se ha encontrado en estudios relevantes en varios países del mundo incluido el Ecuador, y las variables que pueden influir en la adquisición del burnout.

En el capítulo dos consta el diseño metodológico que se utilizó para esta investigación, con la descripción de los objetivos planteados, así como también de los instrumentos utilizados y del proceso ejecutado.

En el tercer capítulo se expone la información receptada con su respectivo análisis y la discusión correspondiente en la que se estableció similitudes y diferencias encontradas con otros estudios equivalentes. Finalmente las conclusiones y las recomendaciones sugeridas.

Esta investigación puede brindar un gran aporte a la institución que colaboró con la población de la muestra ya que sus resultados pueden evidenciar las circunstancias actuales en relación al estrés laboral. Los profesionales sanitarios en general trabajan en

circunstancias en las que pueden estar rodeados del dolor, la enfermedad, la muerte, además de sus propias preocupaciones personales y/o laborales, lo que los hace mayormente susceptibles a contraer el síndrome de burnout, comenzando por cualquiera de sus dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización o la baja realización personal. Toda esta sintomatología se evidencia en las relaciones interpersonales, en la eficiencia laboral, entre otras, lo cual ocasiona que la institución no produzca trabajo de calidad apegado a la naturalidad de su labor como es servir adecuadamente a las personas que acuden para su atención en salud.

Esta investigación se realizó utilizando instrumentos estandarizados, sin embargo su extensión fue una dificultad para la recopilación de la información ya que los profesionales en una institución de tercer nivel disponen de muy poco tiempo para contestar los cuestionarios, no obstante mostraron buena disponibilidad y ánimo de colaboración.

Luego de analizar los resultados obtenidos se estructuran las conclusiones correspondientes y las recomendaciones que podrían favorecer a la institución y a siguientes investigaciones en torno al tema.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1. Delimitación conceptual

La palabra “burnout” se comenzó a utilizar en el lenguaje anglosajón que en español significa “estar quemado”. Fue utilizado en el ámbito del deporte para definir una situación en la que los competidores muy a pesar de someterse a fuertes entrenamientos no lograban obtener resultados acordes a su esfuerzo, posteriormente este término es asignado para definir cambios actitudinales que se observaban en los profesionales y es así que se lo ha redefinido en el transcurso de los años de la siguiente manera:

Freudenberger (1974) define el burnout cómo la condición de desgaste o agotamiento resultante de una sobrecarga laboral que requiere energía y/o recursos personales del trabajador. Y es en 1976 que la psicóloga Christina Maslach empieza acuñar el término de “burnout” para describir al síndrome con características clínicas que se dan en los trabajadores de atención sanitaria y lo expone ante un congreso de la Asociación Americana de Psicología concibiéndolo como el cansancio emocional que responde a períodos largos de estrés laboral crónico y que se evidencia como tridimensional ya que presenta: agotamiento emocional, despersonalización y escasa realización personal.

Cherniss (1981) lo argumenta como un proceso transaccional de presión laboral que tiene un momento inicial y una progresión que determina una sucesión de etapas que empiezan con el estrés inicial debido a la no concordancia entre las demandas del trabajo y los recursos individuales, para continuar con la inmediata respuesta emocional como son: ansiedad, agotamiento, tensión, y finalmente se presentan actitudes propias del afrontamiento defensivo.

Maslach y Jackson(1981) hacen una definición bastante más acertada y aceptada en el medio, ellas consideraron que se trataba de un agotamiento emocional como respuesta al estrés laboral crónico, que se evidencia como un síndrome tridimensional y conlleva agotamiento emocional, despersonalización y escasa realización personal, concepto que lo ratifica posteriormente en su libro *Burnout: The Cost of Caring*, donde también aclara que es una respuesta a la tensión emocional crónica que se da por asistir a personas que se encuentren particularmente preocupadas o tienen problemas, especialmente en la salud física y/o mental. Por eso se lo considera como un estrés de tipo laboral cuya principal característica es que este trastorno nace a partir de la interacción social entre el que da y el que recibe la atención (Maslach, 1982).

Posteriormente en el año 1981 desarrolló un instrumento de medición el Maslach Burnout Inventory (MBI), para facilitar la evaluación de este síndrome como un constructo compuesto por tres dimensiones susceptibles a ser valoradas: el agotamiento emocional (AE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP). Esta escala hasta la fecha es uno de los instrumentos de medición del síndrome con mayor aceptación y utilización para procesos investigativos.

Brill (1984) ya lo define como un estado disfórico que según el diccionario médico de la Academia Nacional de Medicina de Colombia “es un estado de ánimo desagradable, como la tristeza, la ansiedad o la irritabilidad”.

Shiron (1989) hace un aporte diferente, determinando que la capacidad de afrontamiento es básica en la explicación de Burnout, ya que cuando los recursos que posee cada persona para afrontar las dificultades de la vida se ven disminuidos aparece entonces sintomatología clásica de este síndrome, posteriormente Leiter en 1992 determina las diferencias claras entre una crisis de autoeficacia y los signos del estrés generados en el ambiente laboral.

Gil-Monte y Peiró(1997) aportan su consideración de que parte de las consecuencias negativas del burnout se dan en la esfera psicofisiológica, perjudicando notablemente al individuo y al ambiente en la cual se desempeñan laboralmente.

De la misma manera en el año 2000 las investigaciones realizadas por Farber suponen que existen cuatro condiciones que facilitan el desarrollo del burnout:

1. La presión de satisfacer las demandas de otros.
2. Intensa competitividad.
3. Deseo de obtener más dinero.
4. Sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Más adelante en el 2002 el estudio de Peris también habla acerca de las carencias de herramientas de afrontamiento que se hacen evidentes luego de una etapa de agotamiento en situación de extremo estrés laboral, en donde consecuentemente se presenta un sentimiento de despersonalización que conduce a disminuir la eficiencia en el desempeño laboral.

Otros autores consideran que en el síndrome de burnout se da una contradicción, ya que siendo los profesionales de la salud quienes se han capacitado con el propósito de sanar y/o

aliviar a sus pacientes en sus dolencias, se afectan mientras procuran sanarlos (Molina y Ávalos, 2007).

Continuando con sus investigaciones en el 2008, Maslach y Leiter afirman que el SB podría presentarse si el trabajo tiene características no muy positivas, como la cantidad del trabajo encomendado, dificultades para comprender su rol, necesidad de mayor participación y constante sensación de injusticia.

También es importante acotar como lo han definido las organizaciones internacionales que velan por la salud como por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el burnout como la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación (OMS, 1999).

La Red Mundial de Salud Ocupacional (GOHNET), la cual depende de la OMS, menciona que el burnout es el síndrome de desgaste y abarca las tres dimensiones siguientes: extenuación emocional, despersonalización y falta de realización personal» (Gohnet, 2001).

Después de realizar las revisiones se puede determinar al burnout como un síndrome tridimensional resultante de la exposición continua al estrés laboral y que se constituye como un agotamiento emocional caracterizado por pérdida insistente de energía, que permite la aparición de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas con las que se trabaja manifestado con una despersonalización que presenta irritabilidad y falta de motivación en lo respectivo al trabajo y finalmente la aparición de una baja realización personal que refleja incompetencia personal y negativismo hacia sí mismo. Este trastorno deja consecuencias a nivel individual como son las emocionales, somáticas y conductuales, mismas que interferirán y a su vez dejarán efectos negativos en el desempeño laboral del trabajador.

1.2. Consecuencias del burnout

Cuando hablamos de consecuencias topamos un tema muy controversial especialmente dentro del burnout, ya que entre las consecuencias y síntomas no hay un línea de separación muy clara, por otro lado estas pueden ser muy variables debido a la singularidad de cada individuo. Las consecuencias puede expresarse de dos formas diferentes las individuales y las laborales (Mingote, 2004).

1.2.1. Consecuencias individuales

1.2.1.1. Manifestaciones psicosomáticas

Incluyen fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, problemas gastrointestinales, problemas cardiovasculares, dolores musculares y desórdenes menstruales. Estos síntomas a menudo son manifestaciones tempranas (Hernández, 2005).

1.2.1.2. Manifestaciones conductuales

Las más frecuentes son el absentismo laboral, aumento de conductas violentas y de los comportamientos de riesgo relacionados con el control de impulsos, como conducción de alto riesgo o juegos de azar, conducta suicida, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares (Hernández, 2005).

1.2.1.3. Manifestaciones emocionales

Pueden evidenciarse a través de una separación afectiva, inquietud y tendencia al enojo. Existe la autopercepción de la incomodidad que se está provocando en su medio laboral y el miedo correspondiente al rechazo, lo cual puede causar desconfianza, conducta defensiva, ansiedad, etc. Todas estas manifestaciones pueden disminuir la efectividad de funciones cognitivas como el razonamiento abstracto, el juicio, la memoria, entre otras (Hernández, 2005).

1.2.2. Consecuencias laborales

Las investigaciones demuestran que el profesional quemado participa poco, sus relaciones interpersonales son escasas y a veces muy hostiles, la ironía y el humor sarcástico sustituyen a la cooperación y a la crítica sana. Las órdenes se cumplen con dificultad. En algunos casos el profesional interpreta los síntomas como la evidencia de una formación deficiente, que intenta compensar a través de una formación continua desordenada y creciente.

La insatisfacción en el trabajo es una consecuencia habitual de esta situación, el profesional insatisfecho malinterpreta los problemas cotidianos y surgen con facilidad los roces o conflictos entre compañeros, esto puede agravarse por otras circunstancias de la cotidianidad laboral como por ejemplo las reformas, turnos de trabajo, etc.

Hay una clara disminución de la calidad del trabajo, el profesional se dedica menos tiempo a sus clientes, el contacto es más frío y distante, llegando a ignorar las quejas, demandas o necesidades. Por otra parte se toman decisiones a la defensiva, encareciendo los servicios y luego se ignoran los resultados de dichas acciones, el resultado final es que el profesional disminuye la calidad y se aumenta el costo de los servicios que presta (Escribá, 2008).

Se puede constatar un absentismo laboral ya que al considerar que el ambiente laboral es la fuente de las tensiones, el profesional puede tratar de evitar sus obligaciones.

Al principio disminuyendo la actividad en el trabajo, luego puede llegar con retraso y en último término, faltando al mismo. Se trata en definitiva de disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral, con diferentes pretextos así podría ser por retraso sistemático, por enfermedad, incluso mediante la asistencia a múltiples actividades de formación continuada, en definitiva el absentismo se convierte en la respuesta al agobio laboral.

También se suele dar lo que se llama reconversión profesional como alternativa al abandono de la profesión, “ el profesional puede convertirse”, lo que con frecuencia, ello significa pasar a tareas que no impliquen el contacto directo con los clientes, como tareas de gestión o administrativas, tareas de actividad política o social. En etapas avanzadas puede llegarse al abandono de la profesión que implica la consecuencia más drástica del desgaste profesional sostenido (Moreno, 1997).

Cabe recalcar que los profesionales de la salud no están exentos de padecer trastornos físicos y psicológicos. Incluso varios autores apoyados en investigaciones de campo han afirmado que en éstos profesionales también se presentan dificultades en el consumo de alcohol y de drogas, trastornos psiquiátricos e incluso suicidio de igual o mayor manera que en otro tipo de población. Globalmente, los datos parecen estimar que entre un 10 y un 12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol, a otras drogas o a los psicofármacos, de lo cual, tan sólo se detecta un 60% de esos casos para su tratamiento posterior (Cabezas, 1998).

Un porcentaje de estos síntomas probablemente pueda estar asociado al estrés laboral, específicamente al síndrome de “burnout” o desgaste profesional.

1.3. Desarrollo y fases del burnout

Una vez que aparecen los primeros síntomas del burnout es evidente que sin ser identificado pronto, éste toma niveles cada vez más avanzados, lo cual es notorio ya que se evidencian en el profesional que lo padece actitudes de distanciamiento, de despersonalización, comportamientos muy alejados a los correspondientes a un trabajador sanitario.

Varios autores consideran que este síndrome se desarrolla por fases, es así que, en 1988 los estudios de Golembiewski y Muzerider aportan a la comprensión de las fases del SB como resultado de la combinación de niveles altos y bajos en cada una de sus 3 dimensiones, pero aunque eran fases progresivas y representan un cuadro clínico, no fueron muy aceptadas debido a que se consideró que no alcanzaba una alta fiabilidad.

En otra investigación hicieron cambios al modelo, determinando cuatro fases en las que inicialmente se dan el desarrollo de actitudes de despersonalización como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés, después aparece la sensación de baja realización personal en el trabajo y posteriormente el cansancio emocional. Según ésta propuesta para desarrollar este síndrome los sujetos no tienen que atravesar todas las fases definidas en el modelo, y a su vez, se diferencia su tipo de instauración (Ortega, 2003).

Leiter y Maslach (1988) señalan que el cansancio emocional aparece debido a la presencia de excesivo estrés personal, y que posteriormente se producen actitudes de despersonalización orientadas hacia su trabajo, y como consecuencia pierden el compromiso personal de implicación. Consideran entonces a la despersonalización como una consecuencia del cansancio emocional.

Posteriormente en 1993 Leiter reformula su planteamiento y propone que el SB aparece luego de un desequilibrio entre los requerimientos organizacionales y los propios recursos personales, provocando un cansancio emocional que puede continuar con la despersonalización dada como estrategia de afrontamiento y finalmente aparece una baja realización personal al fracasar en la resistencia al estrés laboral.

Gil-Monte, Peiró y Cols (1995) desarrollan una visión del proceso del síndrome de burnout Como alternativa a las insuficiencias de las perspectivas anteriores, en la que toman en cuenta ampliamente las cogniciones y las emociones como herramientas que le permiten al individuo responder a los estresores laborales, y es por eso que consideran que el

autoconcepto del sujeto y de sus capacidades establecerá la eficiencia en conseguir sus metas.

De igual manera en el 2010 Pérez ratifica la importancia de las estrategias de afrontamiento para resistir al estrés laboral siendo un ejemplo de estas la despersonalización.

Otros autores que reflexionan sobre la tridimensionalidad del burnout, sugieren que la secuencia de presentación se inicia con una baja realización personal asistida por el cansancio emocional cuyo desarrollo crónico desemboca en actitudes cínicas o de despersonalización (Manzano, 1988).

1.4. Modelos explicativos de burnout

El síndrome de burnout se ha investigado ampliamente pero los investigadores no han logrado confluir sus hallazgos alrededor de la etiología, sintomatología, etc, es por eso que ha sido necesario la creación de modelos explicativos que sean coherentes con el enfoque con el cual han sido estudiados. Es así entonces que tenemos los siguientes modelos:

1.4.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo

Los modelos que se apoyan en la teoría Sociocognitiva lo han hecho tomando en cuenta ideas claves de ésta teoría, que considera que las cogniciones influyen directamente en la manera de percibir la realidad y que la autoconfianza del individuo está definida gracias a las circunstancias emocionales resultantes del esfuerzo que se ha hecho para obtener objetivos (Bresó, 2002).

Los principales modelos son:

- Modelo de Competencia Social de Harrison
- Modelo de Cherniss
- Modelo de Thompson, Page y Cooper

1.4.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison.

Para este autor la competencia y la eficacia son básicos al explicar este modelo, puesto que considera que una alta motivación es común en el individuo que inicia su trabajo en servicios de salud, pero depende también de otros factores que podrían ser de ayuda o de barrera, facilitando o impidiendo su desempeño laboral, entre estos se podría nombrar a la existencia

de objetivos laborales realistas, la capacitación profesional, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, sobrecarga laboral, retroalimentación recibida, ausencia o escasez de recursos, disfunciones del rol, conflictos interpersonales, entre otros (Martínez, 2010).

1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Según este modelo se establece una relación entre la sensación subjetiva de éxito o fracaso y el desempeño de tareas, así a mayor logro de sus metas –mayor autoeficacia del sujeto, y a menor logro alcanzado – menor autoeficacia percibida. En base a ésta relación se espera un impacto sobre la motivación y la autoestima lo que determinará el tipo de implicación que el trabajador tendrá con su medio laboral. Si la sensación experimentada es de éxito se manifestará mayor motivación, autoestima y apego laboral, mientras que si es de fracaso se evidenciará poco interés, retraimiento emocional incluso no reconocimiento de las retribuciones inmediatas en su medio. La relación se manifiesta directa entre autoeficacia – estrés y síndrome de burnout (Landázuri, 2011).

1.4.1.3. Modelo de Thompson, Page y Cooper.

Consideran que el autocontrol juega un papel importante en superar el estrés y asignan su causa a cuatro variables: el grado de autoconciencia, las discordancias entre las exigencias de la tarea y los recursos del individuo, las esperanzas de logros personales, la percepción de autoconfianza. Así la autoconciencia permitirá regular los niveles de estrés percibido y las discrepancias podrían afectar directamente al estado de ánimo, lo cual determinaría poca autoconfianza para poder resolver las demandas y provocar baja en la realización personal. El nivel de autoconciencia también define las estrategias de afrontamiento a utilizar que podrían producir las conductas de despersonalización y cansancio emocional (Gill-Monte, 1999).

1.4.2. Modelos elaborados desde la teoría del Intercambio Social

Estos modelos conciben al individuo como un ser eminentemente social que establece sus relaciones sociales de forma natural y es ahí donde nacen las comparaciones que podrían brindar al sujeto percepciones de carencia sea alrededor de la equidad o de la ganancia, percibiendo que aportan más de lo que reciben, lo cual ocasiona sensaciones de fatiga laboral. Los principales son:

- El Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)
- El Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli

Este modelo atribuye el burnout a dos tipos de etiologías: la interacción con los pacientes, que podría estar afectada por la incertidumbre y la percepción de equidad y recompensa y el nivel de control en su accionar laboral. La relación de afinidad que se establece con sus compañeros del trabajo y las comparaciones que de esta surjan, además de la posibilidad que se dé o no la búsqueda del apoyo social entre compañeros. No se puede entonces deslindar el origen del estrés de los intercambios sociales y del nivel de autoestima, reactividad y orientación en el intercambio social que cada individuo presente como recursos propios (Landázuri, 2011).

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

Se basa en la creencia de que la motivación es intrínseca en el individuo trabajador pero si ésta se ve amenazada aparece el estrés y el inicio del burnout y por supuesto analiza las herramientas de afrontamiento que tiene el individuo para confrontarlo. Considera entonces que aumentar los recursos de los empleados permitiría disminuir los niveles del burnout, así como también modificar positivamente las cogniciones y percepciones que facilitan el aumento de los niveles de estrés. Propone las estrategias de afrontamiento activo que permitirán hacer cambios positivos en las percepciones y cogniciones para prevenir y disminuir la presencia de burnout. Los recursos que propone esta teoría son los propósitos, las condiciones, las características personales y la capacidad física (Hatinen, 2004).

1.4.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Hace énfasis en las causas que podrían producir el estrés laboral, las mismas que estarán ampliamente relacionadas con la dinámica organizacional de la institución laboral. Entre las principales está el apoyo social, el rol, el clima laboral, etc.

1.4.3.1. Modelo de Fases (Golembiewski, Munzenrider, Carter)

Hace un análisis secuencial en el tiempo, desde la aparición de los primeros síntomas y su progresión y así puede determinar cuál es la variable la instauración del síndrome. Considera que el burnout aparece secuencialmente con una primera fase que es la despersonalización, segunda fase la realización personal disminuida y tercera fase un incremento del agotamiento emocional (Landázuri, 2011). El estrés laboral inicia por una

sobrecarga laboral que no permite mantener el autocontrol y la autonomía en su ejercer lo cual deteriora su autoimagen y produce sentimientos de irritabilidad y cansancio que podría evidenciarse de inicio con actitudes distantes y frías de despersonalización como estrategia de alejamiento del motivo del estrés, después desmotivación sensación de fracaso lo que desemboca en un sentimiento de cansancio físico y emocional. Según los autores este modelo podría facilitar determinar el nivel de estrés en el que se encuentran. (Golembiewski y Cols (1988).

1.4.3.2. Modelos de Cox, Kuk y Leiter

En éste modelo se le atribuye al agotamiento emocional el papel principal dentro del burnout y se considera que es un evento que se presenta con frecuencia en los profesionales que laboran en servicios humanos y cuyas herramientas de afrontamiento son limitadas. Estar expuesto a la sensación constante de cansancio emocional coloca al individuo en una condición de frustración permanente que lo conduce a mantenerse alejado y distante como estrategia para resistir el estrés y posteriormente se presenta la percepción de baja realización personal al autoevaluar su eficacia en el confrontamiento del estrés (Landazuri, 2011).

1.4.3.3. Modelo de Winnubst

Fueron Pines y Aronson (1998) quienes plantean que al igual que en la teoría organizacional es en el ambiente laboral donde se puede encontrar la etiología del burnout ya que depende de la cultura organizacional y sus variables (clima, estructura, entre otros) para que los síntomas se presenten y avancen. Por tanto una buena estrategia para manejar este síndrome podría ser trabajar para modificar positivamente el tipo de apoyo social y el clima organizacional. (Landázuri, 2011).

1.5. Prevalencia

Los médicos y profesionales sanitarios sufren en la cotidianidad situaciones para el que su formación teórica no les ha preparado. Esto produce un desequilibrio entre la situación real a la que deben hacer frente y sus expectativas iniciales. Determinadas variables del entorno, sobre todo en el ámbito hospitalario, pueden provocar un gran nivel de estrés en estos profesionales (Darquéa, 2016).

Factores como la sobrecarga laboral, la presencia de ruidos molestos o el hacinamiento propio de algunos centros sanitarios son buenos ejemplos de ello. Uno de los aspectos clave del síndrome de burnout en médicos, terapeutas y enfermeros es el hecho de tener

que tratar con un gran número de pacientes a lo largo de la jornada. Estos pacientes por lo general se encuentran enfermos, de mal humor y devuelven su frustración con el profesional generando un “efecto contagio” en el propio trabajador. Otro aspecto importante a menudo olvidado respecto de este "efecto contagio," es el que se produce entre los propios trabajadores, del mismo modo que la ilusión, la alegría o la motivación se contagian también el pesimismo, la desilusión y la apatía (Winnubst, 1996).

Cabe recalcar que los profesionales sanitarios trabajan en un ambiente de sufrimiento, dolor y enfermedad de las personas que buscan su asistencia por lo que están sometidos a una enorme presión emocional. Además, en muchas ocasiones la vida de otra persona depende de sus decisiones y sus acciones lo que supone una fuente de presión difícilmente igualable (Martínez, 2010).

1.5.1. Prevalencia a nivel mundial

La revista Española de Salud Pública, realizó un estudio para detectar el burnout con 11.530 profesionales de la salud de habla hispana que viven en España y en Latinoamérica, registrados en el portal de internet Intramed, y que de forma voluntaria contestaron los cuestionarios vía online por una única vez. Todos los profesionales recibieron información pertinente acerca del tipo de investigación y de su metodología además de estar de acuerdo con el consentimiento informado, el 85% eran profesionales en medicina y el resto en enfermería, odontología, psicología, terapeutas en menor porcentaje.

Los resultados obtenidos reportan que la prevalencia del SB en los profesionales encuestados fue de 14.9% en España, 14,4% en Argentina, 4% en Ecuador (Grau, 2007).

1.5.2. Prevalencia a nivel nacional

En el Ecuador existen varios estudios acerca del burnout en el personal que trabaja en instituciones sanitarias, uno de éstos se realizó a 43 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Eugenio Espejo en la ciudad de Quito y determinó como resultado una prevalencia del 9 % (Acurio, 2015).

Una investigación realizada en las Unidades de Cuidado Intensivo de 3 hospitales de la ciudad de Quito en la que la muestra estuvo formada por 78 médicos intensivistas reflejó como resultado la presencia de SB en un elevado porcentaje de 29.5%, distribuido de la siguiente manera: 37,5% de 40 médicos del Hospital Eugenio Espejo, 22,7% de 22 médicos

del Hospital Enrique Garcés y 18,8% de 16 médicos del Hospital Pablo Arturo Suárez. (Darquéa, 2016).

La prevalencia que arroja un estudio ejecutado en 90 profesionales de la salud, realizado en Cuenca en el Hospital José Carraco Arteaga fue de 12,2% lo que la determinó con un nivel elevado de estrés laboral. (Abambari, Barros, Dután, 2014).

Un estudio realizado a 126 profesionales médicos del sector público, que laboran en la consulta externa de las unidades operativas de las 10 áreas de salud del MSP de la provincia del Azuay obtuvo como resultado la presencia de síndrome de burnout en el 2,38% de la población encuestada (Durán, García, 2013).

1.6. Variables

1.6.1. Variables sociodemográficas

Maslach señala que entre las variables que se relacionan directamente con el SB están las sociodemográficas como la edad, el sexo, nivel de formación académica.

- Edad: aunque no influye notablemente en los niveles del SB, se considera que si existen períodos de la vida en los que el profesional es más sensible al síndrome, especialmente los primeros años de ejercicio. (Atance, 1995)
- Sexo: sin ser un predictor importante del burnout de acuerdo a los resultados de investigaciones realizadas se considera que la mujer es más propensa adquirir el síndrome, debido a la sobrecarga de responsabilidades que tendría sumando su rol profesional con el rol de cuidado de su hogar.(Maslach 2011)
- Estado Civil: hay diferencias de criterios a éste respecto, sin embargo se reporta mayor vulnerabilidad ante el burnout en las personas solteras o que no viven con parejas estables en las que se reportan niveles más altos de cansancio emocional y despersonalización y más bajos de realización personal.(Atance,1995)
- Tener hijos: se confirma que la posibilidad de ser padres proporciona al profesional un mayor nivel de madurez, de estabilidad y de recursos de afrontamiento.(Atance, 1995)
- Etnia: La etnia no presenta estudios acerca de su influencia en el burnout.

1.6.2. Variables Laborales

- Turnicidad: si es una variable que lo define, ya que hay horarios de trabajo más extensos y por lo tanto fatigantes (Atance, 1995)
- Horas diarias de trabajo: al parecer no es una variable que modifique notablemente los niveles de burnout (Alves, 2016)
- Sobrecarga laboral: aunque no todos los autores están de acuerdo con su relación directa con el síndrome, si se debe considerar que la calidad del trabajo realizado disminuye a mayor cantidad de responsabilidades laborales (Atance, 1995).
- Número de pacientes atendidos: se correlaciona positivamente con el apareamiento del síndrome. (González,2008)
- Nivel educacional: si suele determinar el nivel de burnout, ya que los análisis reportan que a mayor estudio menor nivel del síndrome.(González, 2008).
- Salario: se lo considera en relación directa con el síndrome, aunque no hay unanimidad en los autores (Atance, 1995).
- Experiencia profesional: se ratifica que los profesionales que han ejercido durante más años tienen menos signos del síndrome (Alves, 2016).
- Especialidad: varios estudios demuestran que las especialidades en las que se requiere inmediatez y precisión como por ejemplo de emergencias, pueden presentar mayor vulnerabilidad ante el burnout, a lo que suma la no posibilidad de ver sus propios resultados (Chiclana, 2015).
- Condiciones organizacionales: pueden incidir en adquirir el síndrome por ejemplo aquellas que no ofrecen buen salario, capacitación, estabilidad, entre otras (Álvarez, 1991).

1.6.3. Variables de la personalidad

Otra variable es la personalidad resistente al estrés y un sentido de coherencia que le permita al sujeto encontrar salidas y respuestas a las situaciones cotidianas sin necesidad de elevar sus niveles. Entre las más notables están el neuroticismo, el psicoticismo, la extraversión.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo General.

- Identificar la presencia del Síndrome de burnout en profesionales médicos y enfermeras que laboran en una institución de salud pública, ubicada en la zona nor-oriental de la ciudad de Quito para determinar la incidencia de la variable psicoticismo y su relación con la despersonalización.

2.1.2. Objetivos Específicos.

- Caracterizar la muestra sociodemográfica y laboral investigada en una institución de salud de atención pública ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito.
- Determinar las dimensiones del burnout en la muestra investigada en una institución de salud de atención pública ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito.
- Identificar el malestar emocional de la muestra investigada en una institución de salud de atención pública ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud investigados en una institución de salud de atención pública ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito.
- Identificar el apoyo social proveniente de la red social: vínculos informales y vínculos en el lugar de trabajo en profesionales de la salud seleccionados en una institución de salud de atención pública ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales seleccionados en una institución de salud de atención pública ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito.
- Determinar la relación existente entre despersonalización y el rasgo de personalidad psicoticismo.

2.2. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra de profesionales de la salud?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos/as y enfermeras de la muestra investigada?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de burnout es la que presenta un alto nivel?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra investigada?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social?

2.3. Contexto de la investigación

Esta investigación se realizó en una institución de salud pública, ubicada en el nor-orientado de la ciudad de Quito, que brinda atención médica especializada en las áreas clínicas y quirúrgicas que se enfocan en la atención de población infantil, materna, adultos y adulto mayor. Dispone de asistencia en emergencias, cuidados intensivos de adultos, cuidados intensivos pediátricos y hospitalización polivalente, mismas que atienden las 24 horas del día, 7 días a la semana.

Al momento cuenta con 194 camas de las cuales 32 no son censables, están en quirófano y centro obstétrico. Los oficios ofertados como especialidades médicas son: clínicos quirúrgicos, críticos, materno, infantil, apoyo diagnóstico. Presta atención clínico quirúrgica de especialidades básicas y subespecialidades.

El modelo de gestión de este hospital radica en la autoevaluación, la adopción de la Gestión por Procesos, hacia la certificación de sus servicios conforme a estándares de acreditaciones nacionales e internacionales. Su finalidad es brindar atención de calidad, calidez, efectividad y oportunidad, a través de tecnología de punta y profesionales calificados, para la clase asegurada y de la red pública, satisfaciendo la demanda de los usuarios dando respuesta al buen vivir.

Se trata de una institución que se renueva permanentemente con el fin de ser reconocida como referente zonal en atención médica integral y especializada, alineada con los avances científicos, gestores de conocimiento, que promueve el desarrollo de profesionales altamente cualificados, que permitan brindar una amplia cobertura de salud para disminuir los niveles de morbi-mortalidad.

2.4. Diseño de investigación

En este estudio se utilizó el método exploratorio ya que anteriormente no se ha realizado otra investigación en ésta institución, por esta razón, ayuda a entender fenómenos científicamente desconocidos, poco estudiados o nuevos, apoyando en la identificación de conceptos o variables potenciales, identificando relaciones posibles entre ellas (Cazau, 2006).

Mediante la investigación se pudo conocer si existe o no el síndrome de burnout en los profesionales de la muestra seleccionada y los niveles alcanzados por las dimensiones propias de éste síndrome. Además también se analizaron otros factores como su salud mental, estrategias y herramientas de afrontamiento, apoyo social disponible y rasgos relevantes de personalidad.

El diseño de ésta investigación tiene las siguientes características:

- a. Cuantitativa: La información de los instrumentos utilizados es analizada de forma numérica.
- b. No experimental: No se manipuló ninguna variable, todas fueron observadas en su ambiente natural (en éste caso ambiente hospitalario).
- c. Descriptivo: ya que la información obtenida a partir de los temas seleccionados es descrita en el análisis.
- d. Exploratorio: Debido a que se examina un tema que aún no ha sido investigado.

2.5. Muestra seleccionada

La población que se escogió para esta investigación son doctores en medicina y licenciados en enfermería de una institución de salud de atención pública ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito.

La muestra fue de accesibilidad accidental, y se compone de 40 profesionales (20 médicos y 20 enfermeras) con mínimo 4 años de ejercicio profesional.

Para el proceso de recolección de la muestra, se le explicó a cada profesional que la información proporcionada tendrá absoluta confidencialidad, y que su participación en ésta investigación no presentará ningún riesgo para los participantes.

2.5.1. Criterios de inclusión

Tener título de doctor en medicina y licenciado enfermería, estar en ejercicio profesional al momento de la recolección de datos, tener mínimo 4 años de experiencia profesional, haber firmado el consentimiento informado inicial, y tener la decisión voluntaria de participar en ésta investigación.

2.5.2. Criterios de exclusión

No tener uno de los títulos especificados en los criterios de inclusión, tener menos de 4 años de experiencia profesional, no haber firmado el consentimiento informado, no querer participar voluntariamente en la investigación en curso.

2.6. Procedimiento

La investigación se realizó con las siguientes actividades:

- Análisis del proceso de investigación de la guía didáctica de la UTPL.
- Revisión y análisis de los instrumentos (cuestionarios) propuestos para la investigación.
- Solicitar el permiso de aplicación de los cuestionarios en las instituciones de salud, utilizando el documento que la UTPL proporcionó para luego proceder a la respectiva legalización.
- Entrevista personal con la autoridad de la institución 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 y la recepción del visto bueno correspondiente.
- Encuentro con cada uno de los profesionales seleccionados para explicarles de que se trata la investigación, obtener su consentimiento informado y proceder a la aplicación de los cuestionarios.
- Aplicación de los cuestionarios en forma ordenada y respetando las indicaciones para cada instrumento.
- Sistematización de la información obtenida.
- Realización del informe con los resultados obtenidos incluyendo las recomendaciones respectivas.
- Entrega del informe en la institución donde se realizó la investigación.

2.7. Instrumentos:

Se aplica una batería de Instrumentos psicológicos:

2.7.1. Cuestionario de Variables Sociodemográficas y laborales AD-HOC

Es un cuestionario cuya finalidad es recolectar datos personales y laborales que facilitarán el análisis en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: estado civil, edad, número de hijos, años de experiencia, satisfacción en el medio laboral, entre otros, mismos que serán útiles en la investigación en curso.

2.7.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Es el instrumento más utilizado para detectar y medir la existencia de burnout en el trabajador. Se define como burnout al resultado de una prolongada exposición al estrés laboral que perturba al individuo a nivel personal, social y laboral.

El Inventario de Burnout de Maslach (MBI) es un cuestionario elaborado por Maslach y Jackson (1986), mide la frecuencia e intensidad del síndrome de burnout.

En este estudio se ha utilizado la versión comercial adaptada para la población española de TEA (Maslach y Jackson, 1997).

Este inventario comprende 22 ítems que se agrupan en tres escalas o dimensiones:

- Cansancio Emocional (9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo).
- Despersonalización (5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención).
- Realización Personal en el trabajo (8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás).

Los 22 ítems tipo Likert se puntúan de “nunca” (0) a “todos los días” (6). Puntuaciones altas en Cansancio Emocional y en Despersonalización, y bajas en Realización Personal definen la presencia de sintomatología burnout.

Los resultados de la escala MBI permiten analizar cómo se encuentra el individuo frente a sus sentimientos, pensamientos y sus percepciones acerca de su ejercer laboral, de tal manera que el análisis definirá los niveles de las 3 siguientes escalas:

- Agotamiento Emocional, en el que las puntuaciones altas indican cansancio emocional debido a las elevadas demandas en su medio laboral.

- Despersonalización, cuyas puntuaciones altas reflejan alto grado de distanciamiento y frialdad en su desempeño con las tareas y las personas de su trabajo.
- Realización Personal, en donde las puntuaciones bajas determinan mayor relación con el burnout, debido a que investiga el grado de realización, éxito y autoeficacia percibida por el mismo individuo.

2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ28)

El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario de 28 ítems que el sujeto puede autoadministrarse y hacer una apreciación de su estado general de salud, el propósito es determinar la presencia o no de alteraciones psiquiátricas menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos manifiestos durante su vida. Utiliza las siguientes subescalas:

- Síntomas somáticos así como dolores de cabeza, escalofríos, fatiga, etc.
- Ansiedad e insomnio con signos de nerviosismo, miedo, problemas para dormir.
- Disfunción social determinada por los sentimientos que le producen las actividades que ejecuta en su día a día.
- Depresión grave con sentimientos de desvalía y pensamientos vinculados a la 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 con población española, es esta versión la que se utilizará en la presente investigación.

Es una escala multidimensional que tiene 28 ítems y que evalúa las diferentes formas de respuesta de los sujetos frente a los estresores cotidianos.

Las formas de afrontamiento que se definirán en éste estudio serán:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones desempeñadas por cada persona para intentar eliminar o reducir los altos niveles de estrés.
- Planificación: Planificar los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo y así enfrentar los estresores diarios.

- Auto - distracción: Ocuparse en otras actividades para distraer su atención de los focos que provocan su estrés hacia otros temas diferentes.
- Apoyo instrumental: reconocer la necesidad de buscar ayuda en personas capacitadas y así sobrellevar de mejor manera la situación.
- Apoyo emocional: Solicitar entre sus amigos y/o familiares el apoyo y comprensión necesaria.
- Reinterpretación positiva: mirar desde otra óptica la situación estresora para poder considerarla como una oportunidad positiva en su vida.
- Aceptación: Reconocer que la situación que está viviendo es parte de su realidad.
- Negación: Rechazar la realidad de la circunstancia que origina el estrés.
- Religión: Necesidad de participación en espacios religiosos en momentos de estrés.
- Autoinculpación: autoculparse y autocriticarse por la realidad que está pasando.
- Desahogo: Obtener mayor conciencia del malestar emocional que sufre gracias a la posibilidad de encontrar espacios de desahogo de su estrés.
- Desconexión conductual: sacar el problema de su mente, para poder sobrellevarlo ya que se reconoce muy cargado, aunque sino lo afronta no encontrará las soluciones respectivas.
- Uso de sustancias: En la misma línea de desconexión utilización de drogas, alcohol o fármacos que le permitan sentirse mejor y alejado del conflicto.
- Humor: Tomarse las cosas con humor haciendo bromas al respecto.

2.7.5. Cuestionario MOS de apoyo social

Sherbourne y Cols en 1991 crearon este instrumento, destacando la injerencia que tiene el apoyo social sobre el estado de salud de las personas. Es una escala multidimensional que tiene 20 ítems y que se puede autoadministrar. Explora la amplitud de la red social del sujeto determinada como apoyo estructural y las cuatro dimensiones de apoyo social funcional que es el apoyo percibido:

- Apoyo emocional: Probabilidad de disponer de alguien que le dé consejo y apoyo emocional.

- Apoyo material o instrumental: Oportunidad de disponer de ayuda para las tareas domésticas.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Tener personas que le acompañen.
- Apoyo afectivo: Posibilidad de tener demostraciones de cariño, simpatía y amor.

Además de explorar las dimensiones de apoyo básico antes mencionadas también permite obtener un índice general del apoyo social del individuo.

2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A

El Inventario Eysenck De Personalidad(EPI) sirve para la medición de dos de las más importantes dimensiones de la personalidad: introversión- extroversión (E) y neuroticismo (estabilidad- inestabilidad) (N).

El EPQ-R nace luego de la revisión de la prueba madre EPQ que permite analizar ampliamente la variable psicoticismo.

Puede ser utilizada con objetivos clínicos, experimentales, selección de personal, entre otros.

Los resultados de este instrumento se analizan de la siguiente manera:

- Neuroticismo: Con puntuaciones altas se puede determinar niveles de ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos. Con puntuaciones bajas se encuentra indica calma, control emocional, tono débil de respuesta.

Gracias a ésta escala se puede determinar si el individuo es neurótico o estable.

- Extroversión: Con puntuaciones altas se determina un sujeto sociable, impulsivo, optimista, flexible, abierto a cambios posibles. Con puntuaciones bajas se encuentra retraimiento, desconfianza, actitud reservada, escasa agresividad.
- Psicoticismo: Con puntuaciones altas se puede determinar que el sujeto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, pensamiento rígido.
- Sinceridad: Esta escala determina el grado de veracidad de las respuesta

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Análisis de datos

Luego de haber realizado la recolección de datos con los instrumentos ya especificados se procede a ingresarlos en una matriz de tabulación de Excel y con los resultados obtenidos se realiza el análisis cuantitativo y su respectiva interpretación cualitativa.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médico		Enfermero/a	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	10.0	50.0	1.0	5.0
Mujer	10.0	50.0	19.0	95.0
	20.0	50.0	20.0	50.0
Total, de profesionales de la salud				
Edad				
<i>M</i>	40.7		34.8	
<i>DT</i>	6.9		5.6	
Max	52.0		46.0	
Min	28.0		26.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.7		1.4	
<i>DT</i>	2.4		1.0	
Max	11.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	20.0	100.0	20.0	100.0
Blanco/a	0.0	0.0	0.0	0.0
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	6.0	30.0
Casado/a	12.0	60.0	12.0	60.0
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	2.0	10.0	1.0	5.0
Unión libre	1.0	5.0	1.0	5.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Hidalgo, N.

La información sobre la variable sexo en la muestra permite establecer que en el caso de los médicos tiene un 50% de hombres y el mismo porcentaje para mujeres.

Caso diferente ocurre con el personal de enfermero/as en donde se da una participación casi total de mujeres (95%).

En lo referente a la edad el promedio para los médicos es de 40.7 años y para las enfermeras es de 34.8 años.

El promedio de hijos es de 1.7 y 1.4 en médicos y enfermeras respectivamente.

En lo que a la etnia se refiere, ambos grupos presentan un predominio de la raza mestiza con un 100% para los médicos y enfermeras.

En el estado civil se presenta en forma mayoritaria la condición de médicos “casados” con un valor del 60% y un 25% la condición de “solteros”.

Para las enfermeras la condición de “casadas” también es de un 60%, y un 30% para la condición de “solteras”.

Tabla 2

Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos		Enfermero/a	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0.0	0.0	1.0	5.0
1001 a 2000	3.0	17.6	19.0	95.0
2001 a 3000	14.0	82.4	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	12.4		10.9	
<i>DT</i>	6.0		5.1	
Max	26.0		20.0	
Min	4.0		4.0	
Sector en el que trabaja				
Público	20.0	100.0	20.0	100.0

Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	0.0	0.0	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	0.0	0.0
Ocasional	2.0	10.0	2.0	10.0
Plazo fijo	3.0	15.0	2.0	10.0
Nombramiento	11.0	55.0	16.0	80.0
Servicios profesionales	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	4.0	20.0	0.0	0.0
Horas diarias de trabajo				
<i>M</i>	13.3		11.1	
<i>DT</i>	6.8		1.8	
Max	24.0		12.5	
Min	7.0		8.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	21.3		21.1	
<i>DT</i>	15.9		18.6	
Max	50.0		70.0	
Min	3.0		4.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	5.0	25.0	1.0	5.3
Mediadamente	14.0	70.0	18.0	94.7
Poco	1.0	5.0	0.0	0.0
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	14.0	70.0	19.0	95.0
No	6.0	30.0	1.0	5.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Hidalgo, N.

El análisis de las condiciones laborales muestra que el ingreso de salarios predominante para los médicos ocurre con un 82.4 % en el rango de los “2001 a 3000” dólares, en tanto que en las enfermeras en un 95% es de “1001 a 2000” dólares.

La experiencia laboral es muy cercana entre médicos y enfermeras ya que presentan un promedio de 12,4 años para los médicos y 10,9 años para las enfermeras.

Un 100% de las enfermeras y médicos entrevistados son empleados del sector público, mientras que en lo que se refiere al tipo de contrato laboral el 55% de médicos tiene nombramiento y el 20% no tiene ningún contrato. En las enfermeras el 80% tiene nombramiento, el 20% plazo fijo y el 10% contrato ocasional.

Las horas diarias trabajadas por los médicos se encuentra en un promedio de 13.3 y la atención diaria de pacientes se da en un promedio de 21.3, en tanto que para las enfermeras el promedio de horas diarias trabajadas es de 11.1 y la atención diaria de pacientes tiene un promedio de 21.1.

El 70% de médicos y el 94% de enfermeras indican que la institución les suministra “medianamente” los recursos indispensables para su trabajo.

Los médicos laboran realizando turnos en un 70%, a diferencia de las enfermeras que lo hacen casi en su totalidad, 95%.

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%	2	10.0%
	Poco	2	10.0%	6	30.0%
	Bastante	11	55.0%	8	40.0%
	Totalmente	7	35.0%	4	20.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	2	10.0%
	Poco	4	21.1%	9	45.0%
	Bastante	8	42.1%	5	25.0%
	Totalmente	7	36.8%	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	11	55.0%	10	50.0%
	Totalmente	7	35.0%	7	35.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	10	50.0%	6	30.0%
	Bastante	6	30.0%	8	40.0%
	Totalmente	3	15.0%	6	30.0%

¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	0	0.0%
	Bastante	12	60.0%	11	55.0%
	Totalmente	7	35.0%	9	45.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	2	10.0%
	Bastante	11	55.0%	13	65.0%
	Totalmente	9	45.0%	5	25.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	1	5.0%	1	5.0%
	Poco	12	60.0%	11	55.0%
	Bastante	7	35.0%	6	30.0%
	Totalmente	0	0.0%	2	10.0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	1	5.0%	4	20.0%
	Bastante	14	70.0%	11	55.0%
	Totalmente	5	25.0%	4	20.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	2	10.0%
	Bastante	12	60.0%	10	50.0%
	Totalmente	6	30.0%	8	40.0%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	8	40.0%	7	35.0%
	Bastante	10	50.0%	10	50.0%
	Totalmente	2	10.0%	2	10.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Hidalgo, N.

En un 90% de las variables analizadas, la escala “bastante” muestra los mayores valores de calificación para ambos grupos de profesionales.

Los profesionales encuestados perciben el clima laboral de la siguiente manera:

En cuanto a la valoración que sienten por parte de sus pacientes los médicos, en la escala de “bastante a totalmente” alcanzan un 90% lo cual significa ser muy reconocidos por ellos, mientras que las enfermeras, alcanzan un 60% lo que refleja una percepción de mediana valoración

En lo que se refiere a la valoración que sienten de los familiares de los pacientes, en la escala de “bastante a totalmente” los médicos alcanzan un 78.9% lo que significa ser muy reconocido, en el caso de las enfermeras el resultado está dividido entre las escalas “bastante a totalmente” con un 45% (alto reconocimiento) y las escalas “nada a poco” con otro 45% (bajo reconocimiento).

En cuanto a la valoración que sienten de sus compañeros de profesión, tanto los médicos como las enfermeras alcanzan porcentajes de 90% y 85% respectivamente, lo cual significa ser muy reconocidos por sus compañeros de trabajo.

En cuanto a la valoración que sienten de parte de los directivos de la institución, el 45% de médicos se ubica en las escalas “bastante a totalmente” lo que significa sentirse medianamente reconocidos y el 50% están en la escala “nada a poco” indicando sentirse poco reconocidos. Las enfermeras en cambio alcanzan en estas dos escalas un reconocimiento del 70%, y 30% respectivamente, así hay un evidente mayor porcentaje que se sienten muy reconocidas.

Al valorar la percepción de auto satisfacción con el trabajo que realizan, tanto médicos como enfermeras se sienten muy satisfechos con su desempeño, reflejándose en la escala de “bastante a totalmente” con 95% y 100% respectivamente

En la satisfacción en la interacción con los pacientes, los médicos en la escala de “bastante a totalmente” alcanzan un 100% lo cual significa estar satisfechos con la interacción que llevan con sus pacientes, así mismo las enfermeras alcanzan en estas dos escalas un reconocimiento del 90%. Lo cual indica que en tanto en médicos como enfermeras existe una fuerte actividad personalizada o directa con sus pacientes.

En la satisfacción por el apoyo brindado de parte de los directivos de la institución, los médicos en la escala de “bastante a totalmente” alcanzan un 35% y 65% en “poco y nada” lo cual significa estar menos que medianamente satisfechos con el apoyo brindado por parte de los directivos. Así mismo las enfermeras alcanzan un 40% para “bastante y totalmente” y 60% para “poco y nada”

En la satisfacción con la colaboración entre compañeros de trabajo, los médicos en la escala de “bastante a totalmente” alcanzan un 95% lo cual significaría sentir satisfacción por la colaboración entre compañeros de trabajo, así mismo las enfermeras alcanzan en estas dos escalas un reconocimiento del 75%.

En la satisfacción con la valoración global de su experiencia profesional, tanto médicos como enfermeras alcanzan un 90% en la escala de bastante a totalmente, lo que significaría sentir mucha satisfacción con la valoración global de su experiencia profesional.

En la satisfacción con su situación económica, los médicos y las enfermeras coinciden en la escala de “bastante a totalmente” alcanzando un 60% para cada grupo.

Cabe destacar que tanto médicos como enfermeras, muestran en un porcentaje alto estar poco satisfechos, 40% y 35%, con su situación económica.

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	7	35.0%	8	40.0%
	Medio	4	20.0%	7	35.0%
	Alto	9	45.0%	5	25.0%
Despersonalización	Bajo	11	55.0%	7	35.0%
	Medio	4	20.0%	9	45.0%
	Alto	5	25.0%	4	20.0%
Realización personal	Bajo	14	70.0%	12	60.0%
	Medio	5	25.0%	7	35.0%
	Alto	1	5.0%	1	5.0%

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

Elaborado por: Hidalgo, N.

El análisis de los resultados obtenidos de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud encuestados indica:

En el caso de los médicos el agotamiento emocional alto en el 45% y bajo en el 35% de ellos. Para el caso de las enfermeras el agotamiento emocional alto en el 25%, y bajo en el 40%, lo cual permite interpretar que el agotamiento emocional afecta medianamente a los médicos y en menor escala a las enfermeras.

En lo que a la despersonalización se refiere, en los médicos es alta en el 25% y baja en el 55%, en cambio las enfermeras alcanzan promedios para la alta de 20% y la baja 35%.

En cuanto a la realización personal se reporta en los médicos un promedio de 5% para la alta y un 70% para la baja, así mismo las enfermeras alcanzan para la alta un 5% y para la baja un 60%, lo que indica que el grado de realización personal en las dos profesiones es similar.

Tabla 5

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

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	18	90.0%	20	100.0%
	Presencia	2	10.0%	0	0.0%

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

Elaborado por: Hidalgo, N.

Los datos obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de burnout de Maslach indican que el 10% de los médicos presentan rasgos de burnout y el 90% no. Mientras que en las enfermeras el total de la población (100%) no presenta burnout, lo cual constituye un alto porcentaje de los profesionales encuestados.

Tabla 6

Malestar emocional de los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	6	30.0%	4	20.0%
	Caso	14	70.0%	16	80.0%
Ansiedad	No caso	8	40.0%	7	35.0%
	Caso	12	60.0%	13	65.0%
Disfunción social	No caso	18	90.0%	20	100.0%
	Caso	2	10.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	20	100.0%	20	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%

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

Elaborado por: Hidalgo, N.

En cuanto al malestar emocional que pueden sentir los profesionales de la salud, se encuentra: en el caso de los médicos hay ausencia de casos con depresión y 10% de disfunción social. Los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario

aplicado fueron los “somáticos” con un 70% y la ansiedad con 60%. En cuanto a las enfermeras hay ausencia de casos de depresión y de disfunción social, pero síntomas somáticos si aparecen en un 80%, la ansiedad también presenta valores medianamente altos con un 65%.

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	3.2	1.8	6.0	.0	2.6	1.6	6.0	.0
Afrontamiento activo	3.5	1.5	6.0	.0	2.9	1.8	6.0	.0
Negación	.7	.8	3.0	.0	.5	.8	2.0	.0
Uso de sustancias	.7	1.0	3.0	.0	.2	.6	2.0	.0
Apoyo emocional	2.0	1.5	6.0	.0	1.7	1.5	4.0	.0
Apoyo instrumental	2.2	1.4	6.0	.0	1.8	1.7	6.0	.0
Retirada de comportamiento	.6	.9	3.0	.0	.6	1.2	4.0	.0
Desahogo	2.2	1.1	4.0	.0	2.2	1.2	4.0	.0
Replanteamiento positivo	3.4	1.5	6.0	.0	2.3	1.7	5.0	.0
Planificación	3.3	1.3	6.0	.0	3.1	1.6	6.0	.0
Humor	1.7	1.5	5.0	.0	.9	1.5	5.0	.0
Aceptación	2.2	1.8	6.0	.0	1.6	1.4	4.0	.0
Religión	1.0	1.5	6.0	.0	1.3	1.7	6.0	.0
Culpa de si mismo	1.5	1.1	4.0	.0	1.6	1.8	6.0	.0

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

Elaborado por: Hidalgo, N.

En afrontamiento se observó que las cuatro estrategias más utilizadas por los profesionales de la salud tomando en cuenta el promedio más alto son las siguientes:

Médicos: Afrontamiento Activo (3.5), Replanteamiento positivo (3.4), Planificación (3.3), y Auto distracción (3.2).

Enfermeras: Planificación (3.1), Afrontamiento Activo (2.9), Auto distracción (2.6) y Replanteamiento positivo (2.3).

Se puede observar que las estrategias utilizadas son coincidentes en ambos sectores estudiados pero con diferentes recursos de afrontamiento.

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	70.4	21.6	100.0	37.5	64.5	20.5	100.0	37.5
Apoyo instrumental	70.5	25.2	100.0	25.0	64.5	24.8	100.0	20.0
Relaciones sociales	75.0	21.0	100.0	40.0	67.5	20.8	100.0	35.0
Amor y cariño	73.7	23.5	100.0	40.0	67.7	24.0	100.0	20.0

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

Elaborado por: Hidalgo, N.

En cuanto a la percepción de apoyo social que sienten los profesionales de la salud investigados, se puede observar que sobre un máximo de calificación de 100 puntos, para los médicos, las “relaciones sociales” tiene el máximo promedio de 75%, seguidos del “amor y cariño”73.7%, el “apoyo instrumental”70.5% y el “apoyo emocional” con el 70.4%

En las enfermeras se presenta con la misma coincidencia de apoyo y casi con el mismo orden, los siguientes valores: “amor y cariño” tiene el promedio de 67.7, “relaciones sociales”67.5, “apoyo instrumental y apoyo emocional” con 64.5.

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

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1.4	1.3	4.0	.0	1.4	1.4	4.0	.0
Extroversión	4.8	2.0	6.0	.0	3.8	1.9	6.0	.0
Psicoticismo	1.7	1.3	5.0	.0	2.1	1.1	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: Hidalgo, N.

El Rasgo de personalidad con un mayor valor promedio que se presenta en el estudio para ambos grupos de profesionales es el mismo, “Extroversión”, (médicos 4.8 y

enfermeras 3.8). El que presenta el menor valor en ambos sectores es el “Neuroticismo” con el mismo valor de 1.4 en médicos y enfermeras.

Tabla 10

Correlación entre psicoticismo burnout y sus dimensiones

	Psicoticismo		
	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>N</i>
Burnout	.267	.105	38
Agotamiento emocional	.237	.157	39
Despersonalización	.434**	.006	39
Realización personal	-.259	.107	40

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

Elaborado por: Hidalgo, N.

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

La Tabla 10. Muestra una correlación muy significativa entre las variables psicoticismo y despersonalización, $r(43) = .434$, $p = .006$. Por consiguiente, mientras mayor sea el puntaje en este rasgo de personalidad, mayor será la despersonalización. Por otro lado, se evidencia que no existen correlaciones significativas entre psicoticismo y las variables restantes.

Una importante forma de entender la relación entre las variables psicoticismo y despersonalización es a través de su coeficiente de determinación de 18.83%, lo que indica que la porción del 18.83% de la variación total en la variable dependiente “despersonalización” se ve explicada por la variación en la variable independiente “psicoticismo”, es decir en una proporción baja se da el aumento de la “despersonalización” debido al incremento de la variable “psicoticismo”.

3.2. Discusión

Se realizó esta investigación con el principal objetivo de Identificar la presencia del Síndrome de burnout en profesionales médicos y enfermeras que laboran en una institución de salud pública de Quito y así determinar la incidencia de la variable psicoticismo y su relación con la despersonalización.

Al analizar el perfil sociodemográfico de la muestra se encuentra que la población de médicos está dividida equitativamente entre hombres y mujeres, en cambio las enfermeras son casi en su totalidad mujeres. La media en edad para los médicos es de 40.7 y para las enfermeras de 34.8 determinan que la población de la muestra no está formada por profesionales muy jóvenes, esta puede ser una razón por la cual el porcentaje de síndrome de burnout hallado es 0%, ya que como se aclara en estudios realizados los trabajadores de mayor edad tienen menor posibilidad de adquirir el síndrome, lo cual podría estar determinado por los recursos propios desarrollados, la madurez alcanzada, entre otros (Zabel y Zabel, 1982).

El número promedio de hijos en los médicos es de 1.7 y el de las enfermeras es de 1.4. Tener hijos puede ser un factor que facilita la resistencia al burnout, gracias a la adquisición de estrategias de afrontamiento con la constante exposición a resolución de conflictos familiares y emocionales (Chacón y Grau, 1997).

En cuanto al estado civil el porcentaje de profesionales casados es mayoritario tanto en médicos como en enfermeras (60%), lo cual podría determinarlo como un factor que propicia la adquisición de mejores estrategias para sobrellevar los estresores del día a día tal como lo ha expuesto Golembiewsky, pero también es importante recalcar que los resultados no son concluyentes y estos puede definirlo como una variable irrelevante para la afectación de burnout, y tal como lo considera Maslach, la fuente de las tensiones es directamente el estrés laboral (Maslach, 2001).

En lo que a las variables laborales se refiere de los profesionales la muestra, la mayoría de médicos (82.4%) percibe un ingreso de 2001 a 3000 dólares y las enfermeras de 1001 a 2000 dólares en un 95%, frente a éstos datos se encuentran los que reportan el grado de satisfacción que sienten estos profesionales con sus ingresos económicos, mismos que indican que la mitad de cada grupo se siente satisfecho económicamente y la otra mitad varía su percepción entre poco y nada satisfecho.

La experiencia laboral se manifiesta cercana entre los 2 grupos, presentando un promedio de 12,4 años para los médicos y 10.9 años para las enfermeras. Estos datos se asemejan a encontrados en otros estudios (Grau, et al. 2009), y que ratifica la impresión de que esta variable podría favorecer la resistencia al burnout ya que se ha reportado que los profesionales inexpertos poseen menos estrategia para afrontar los estresores laborales (Chacón & Grau, 1997; Hernández, 2003; Monte y Peiró, 1997).

Los médicos que realizan su trabajo en horarios por turno son el 70%, lo que indica la tendencia alta en este tipo de jornadas laborales, al igual que un estudio realizado en

2014 en el hospital Gilbert de Guayaquil donde de una muestra de 122 profesionales médicos el 85% trabaja con estas jornadas llamadas “especiales” (Gavilema, 2014). En el caso de las enfermeras son el 95% que trabaja con turnicidad, y aunque la prevalencia de burnout en este grupo es de 0%, es evidente que las cifras reportadas en las dimensiones del síndrome son preocupantes, lo cual podría ratificar que jornadas laborales cambiantes, extensas, producen un desgaste que implica incluso efectos sobre el biorritmo natural, favoreciendo así el cansancio laboral y la despersonalización tal como lo han reportado otros estudios. (Rodríguez, 2008)

En cuanto a la sensación de bienestar laboral la muestra de médicos y enfermeras reporta alta satisfacción con la valoración que sienten por parte de los pacientes y sus familiares, así como también por parte de sus compañeros de trabajo y su propia valoración frente a su experiencia profesional.

Es diferente la percepción que tienen de la valoración recibida por los directivos de la institución, frente a la cual los dos grupos de profesionales reportan sentirse poco valorados e indican el descontento frente a su situación económica, lo cual conlleva a sentir paulatinamente que su trabajo no está siendo apreciado y que existe una ausencia de reconocimiento pudiendo llegar a ser ésta un desencadenante en la aparición o empeoramiento del síndrome y/o afectar a sus dimensiones, aspecto que confirma la investigación realizada en el servicio de emergencias de un hospital de Lima. (Zenalda, 2015)

En relación con las dimensiones del burnout, las cifras resultantes indican que la mitad de la muestra de profesionales médicos presentan niveles altos de agotamiento emocional mientras que la despersonalización es más bien baja y la realización personal también baja, lo cual ratifica que aunque se reporta un 10% de personal con síndrome de burnout, hay un alto porcentaje de trabajadores que ya presentan signos iniciales de las manifestaciones del síndrome, en este caso es evidente el agotamiento emocional alto y la baja realización personal, como ya lo explicaron otros autores que investigaron las fases del burnout (Manzano, 1998; Leiter y Maslach, 1988).

Cabe recalcar que el factor de baja realización personal es una constante en el apareamiento de este síndrome como lo indican otros estudios realizados (Alvarez y Prieto 2013)

Para el caso de las enfermeras, se reporta importante porcentaje de agotamiento emocional y despersonalización en niveles medios y altos. En el caso de baja realización personal reportan porcentajes importantes (95%) para el medio y bajo. De lo que se

puede señalar que en este grupo ya se empiezan a presentar sintomatología de las tres dimensiones que componen el síndrome, lo que corrobora la conceptualización del burnout explicado por la doctora Maslach (Leiter y Maslach, 1988) en la cual se enfatiza su tridimensionalidad y que varios autores la han aceptado y han coincidido con ella para sus posteriores investigaciones (Shaufeli, 1999).

La prevalencia del síndrome de burnout encontrada en los profesionales médicos es del 10%, lo cual concuerda con otros estudios realizados en nuestro país donde los resultados arrojan cifras similares. (Durán, 2013). En las profesionales enfermeras es del 0%, indicando inexistencia de burnout, como se ha encontrado en estudios realizados en otros servicios de salud pública de Quito con reportes de prevalencias muy bajas (Barbecho, 2014). Es importante precisar que si bien la prevalencia del síndrome de burnout completo es del porcentaje mencionado, las dimensiones que se empiezan a manifestar indican que tanto los médicos como las enfermeras ya presentan sintomatología inicial diferenciada.

Con respecto a las variables clínicas que se manifiestan como malestar emocional encontramos que tanto la depresión como la disfunción social casi no están presentes en los dos grupos investigados. En cambio los síntomas somáticos presentan valores altos, así para los médicos 70% y enfermeras 80% seguidas de la “ansiedad” con 60% para médicos y 65% para enfermeras, resultados medianamente altos, corroborados con otras investigaciones en donde se revela los altos porcentajes de ansiedad y de síntomas somáticos que se suelen presentar en éste tipo de profesiones (Patrick, 1979; Caroll y White, 1982; Acurio, 2015; Toledo 2012).

Luego se analiza también el afrontamiento y se determina que en esta muestra de profesionales las estrategias más utilizadas por los médicos y las enfermeras son el afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación y autodistracción, es decir estrategias tanto cognitivas como emocionales, que a pesar de ser coincidentes en los dos grupos no determina igual coincidencia en la prevalencia del síndrome, lo cual podría corroborar los estudios de la doctora Maslach que indican que el síndrome tiene poca o nula relación con el afrontamiento (Maslach, 2001).

En cuanto a la percepción de apoyo social se encontró que los dos grupos disponen de apoyo emocional, social e instrumental y es así que los médicos reportan que sus principales fuentes de apoyo las disponen en el siguiente orden: las redes sociales, el amor y cariño, el apoyo instrumental y el apoyo emocional. Las enfermeras coinciden

con los mismos apoyos pero con diferente orden: amor y cariño, relaciones sociales, apoyo instrumental, y apoyo emocional.

Lo que corrobora que la calidad de apoyo que se recibe así como también el tipo de relaciones con el que se cuente influye en la adquisición o no del burnout así como lo aclaran otros estudios realizados (Monte y Peiró, 1997).

Dentro de los rasgos de personalidad relacionados con el síndrome de burnout se investigó el neuroticismo, la extroversión, y el psicoticismo. La extroversión alcanza el promedio más alto tanto para médicos como para enfermeras, si consideramos que estas personas suelen ser asertivas, positivas y con tendencia a involucrarse en actividades sociales y de grupo, podría determinarse que estas características funcionan como preventoras del síndrome.

En cuanto al psicoticismo se reportó en el grupo con valores medios, si se analiza los rasgos que lo caracterizan se puede encontrar personas más bien solitarios, despreocupados de los demás, con dificultad para entablar y mantener relaciones sociales.(Eysenck, 1982). En la actualidad se ha investigado que el psicoticismo está relacionado con el cortex prefrontal y su activación lo que lo relaciona claramente con el comportamiento social así como también con la amígdala y el hipocampo ocasionando comportamiento de agresividad y poca empatía, razón por la cual no es extraño que en elevados puntajes se relacione directamente con la despersonalización.

En este estudio la relación que se encontró entre el psicoticismo y la despersonalización es muy reveladora $r(43) = .434, p = .006$, lo cual afirma que a mayor puntaje obtenido en este rasgo de personalidad mayor es la despersonalización. Se determina como afirmativa la relación entre estas dos variables, así la despersonalización se evidencia con mayor tendencia en las personas que presentan rasgos de psicoticismo. Estos rasgos de personalidad podrían exacerbarse frente a condiciones laborales estresantes y desarrollar actitudes típicas de la despersonalización como pueden ser hostilidad, falta de empatía y de interés en los pacientes y sus problemas (Ríos, 2011).

CONCLUSIONES

- La muestra investigada está formada por profesionales médicos y enfermeras, en edad productiva que tienen una vasta experiencia laboral, en su mayoría están casados y tienen hijos.
- Todos trabajan en el sector público, algunos con contratos a plazo fijo y la mayoría a nombramiento, casi todos a excepción de un pequeño grupo trabajan en jornadas especiales determinadas por turnos asignados.
- La prevalencia del síndrome de burnout en la muestra investigada es de 10% en los médicos y 0% en las enfermeras, no obstante la información acerca de las dimensiones presentes permiten profundizar en su análisis cualitativo y determinar que en los médicos hay presencia de agotamiento emocional predominantemente alto, baja despersonalización y muy baja realización personal. Las enfermeras presentan indicadores iniciales del agotamiento emocional y la despersonalización, con muy baja realización personal.
- Tanto médicos como enfermeras se muestran insatisfechos con la valoración y el apoyo que perciben por parte de los directivos de la institución.
- La mayor parte de enfermeras y de médicos presentan rasgos de malestar emocional especialmente de ansiedad en niveles elevados así como también de síntomas somáticos, lo cual puede repercutir negativamente en la salud general de éstos profesionales y por lo tanto en su desempeño laboral.
- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la población investigada son: el afrontamiento activo, el replanteamiento positivo, la planificación y la autodistracción, evidenciándose como un importante soporte para sobrellevar y superar las fuertes demandas en el ámbito laboral, lo cual podría explicar el nivel bajo de incidencia de burnout encontrada en la muestra.
- El apoyo social que reciben los profesionales de la muestra procede tanto del apoyo emocional e instrumental como también de las relaciones sociales, amor y cariño, siendo estas últimas las más utilizadas, es posible que estos tipos de apoyo brinden un efecto de soporte emocional en el trabajo permitiendo a los profesionales enfrentar los factores negativos en la relación laboral.

- El rasgo de personalidad que predomina en la muestra es la extroversión no así el psicoticismo, lo que podría explicar el aumento de la despersonalización en proporción baja.
- Los resultados indican que las cifras de despersonalización se hallan elevadas gracias a la variación que presenta el psicoticismo, lo cual evidencia la existencia de una relación entre estas dos variables determinando que a mayor rasgo de psicoticismo mayor despersonalización.

RECOMENDACIONES

- Dados los niveles alcanzados en las dimensiones del burnout y la prevalencia encontrada del mismo síndrome se recomienda organizar talleres de desarrollo psicoemocional que incluya entrenamiento de habilidades sociales como parte de un programa preventivo.
- Debido a que el umbral del conflicto está en el ámbito del trabajo se debe planificar programas de desarrollo organizacional que permitan mejorar el desempeño laboral y el funcionamiento social de la institución.
- Los programas de desarrollo organizacional deben propender a facilitar el desarrollo de vínculos de los trabajadores con la institución.
- Establecer programas de recuperación para los profesionales afectados, mismos que podrían estar a cargo de profesionales de psicología de la misma institución.
- Instruir a todos los trabajadores sobre cómo mejorar las relaciones de apoyo emocional y física, lo cual además de ser preventivo puede favorecer especialmente a los compañeros ya afectados.
- Ampliar la investigación en los profesionales de todas las unidades de la institución de salud para realizar prevención y detección temprana del síndrome de burnout.
- Realizar otras investigaciones que profundicen en el análisis del efecto que producen las estrategias de afrontamiento en el apareamiento del síndrome de burnout.
- Realizar investigaciones que aporten mayores conclusiones acerca de las relaciones entre los rasgos de personalidad y el burnout.

BIBLIOGRAFIA

- Acurio, H. y Córdoba, M. (2015). *Valoración del Síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos de Hospital Eugenio Espejo 2014*. (Tesis de postgrado). Universidad Central del Ecuador
- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional: revisión de estudios. vol XI. número 39.
- Alves, J. (2016). El modelo Burnout - Engagement en enfermeros: el factor protector de la resiliencia. España:Universidad de Salamanca.
- Arévalo, Y. (2004). "*Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho*". (Tesis de pregrado). Universidad nacional de San Cristóbal de Huamanga
- 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=S1135-57271997000300008
- Aveiga, M. (2014).*Influencia de los factores sociodemográficos y laborales en la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud que labora en el hospital provincial docente Ambato durante el periodo enero-abril 2014*. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Ambato.
- Barbecho, M. y Ochoa, M.(2014).*Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería del servicio de emergencias del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo 2013*. (Tesis de postgrado). Universidad Central del Ecuador.
- Cabezas,C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional.
- Carroll, J. y White, W. (1982). Theory building: integrating individual and environment factors within and ecological framework. Beverly hills: WS Paine.
- Cialzeta, J. (2013).*El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en médicos de un hospital de Alta Complejidad*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Córdoba.
- Chacón, R. y Grau,J. (1997).Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos en cuba. *Revista cubana de Oncología*.
- Chiclana, C. y Contreras, M. (2015). Trabajos fin de Grado de Psicología 2011-2014, Madrid.

- Darquea, B. (2016). *Prevalencia del síndrome del burnout en el personal médico de las áreas de terapia intensiva en tres hospitales públicos de la ciudad de Quito. Estudio transversal multicéntrico.* (Tesis de postgrado). Universidad Central del Ecuador. Quito.
- Durán, M. y García, J. (2013). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay según jornada laboral.* (Tesis de grado). Universidad de Cuenca.
- Freudenberger, H.(1974). Staff burnout. *Journal of social sciences.*
- Gavilema, E., Pilamunga, M.(2014). *Factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en el personal profesional de enfermería del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, provincia del Guayas, Mayo 2013- Marzo 2014.* (Tesis de Grado). Universidad Estatal de Bolívar.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.* Madrid: Síntesis.
- Gobierno de Aragón. CEPYME. El Burnout. Recuperado de: http://www.conectapyme.com/gabinete/p3/recursos/contenidopdf/Nivel_5.pdf
- González, M., Lacasta, M., y Ordoñez, A. (2008). *Síndrome de agotamiento profesional en oncología.*
- Guerrero, A. y Romero, N. (2013). *Identificación de Síndrome de Bunout y su relación con variables sociodemográficas y laborales en médicos y enfermeras de SOLCA Guayaquil, Loja, Machala y Zamora durante el año 2012.* (Tesis de grado). Universidad Técnica Particular de Loja.
- Greer, J.y Morberg, D. (2000). *Research in the social Scientific study of religion.* vol11.USA.
- Hernández, J. *Estrés y Bournout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención.* Revista cubana de salud pública.
- Kornhauser, Sh. (2010). *Burnout en el colectivo docente,* Universidad EPCA.
- Landázuri, J.(2011). *Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de médicos y enfermeros del hospital Quito N.1 Policía Nacional.* Universidad Central del Ecuador
- Martínez, A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.* España: Fórum.
- Martínez, A. y Del Castillo, C. (2003). *Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área Sanitaria de Talavera de la Reina.* Revista de Atención primaria.

- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. doi: 10.155178/va2010.112.42-8.
- Maslach C. (1982). Burnout: the cost of caring. Cambridge MA.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 16, 607-611
- Maquéz, S. y Garatachea, N. (2012). El sobre entrenamiento desde una perspectiva psicológica. Madrid: Díaz de Santos.
- Mingote, A, Moreno Jiménez, B., y Gálvez Herrero, M. (2001). Desgaste profesional y salud de los burnout en un área de salud. Vol. 27. Núm. 5.
- Mingote, A., Moreno, B., y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención.
- Patrick, P. (1979). Burnout: Job hazard for health worker. *Hospitals*. United States.
- Pistelli, Y., Perochena, J., y Moscoloni N. (2011). Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000200007
- Ramírez, M. (2015). *Burnout en profesionales de la salud del Ecuador*. (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela.
- Ríos, M. y Godoy, C. (2011). Personalidad y síndrome de Burnout en profesionales de enfermería: un estudio exploratorio. España: EAE.
- Romero, G. y Muñoz, H. (2014). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué Colombia 2014*. (Tesis de grado). Universidad de Antioquía
- Sánchez, D.(2012). Burnout y prevención de riesgos laborales, seguridad y salud.
- Stavroula, L. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Francia: OMS.
- Solís, Z., Zamudio, L., y Matzumura, J. (2015). Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital categoría III-2, Lima:Horiz Méd.
- Toledo, G. (2012). *Identificación de Burnout en profesionales de la salud del hospital de clínicas Pichincha y factores relacionados con este fenómeno en la ciudad de Quito*. (Tesis de grado). Universidad Técnica Particular de Loja.

ANEXOS

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL:

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

.....

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

NOMBRE:

.....

FIRMA



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

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

Anexo 2.3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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.	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.
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante? <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.	B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche? <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.
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? <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.	B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? <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.
A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? <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.	B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.

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

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

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

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

0	1	2	3
No he estado haciendo esto en lo absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO EPQR-A

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

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia hart/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).