



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con la edad de los médicos y enfermeras en el Área de Anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Pavón Duque, Edwin José

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elena, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO-CARCELÉN

2018



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, 2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

María Elena Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con la edad de los médicos y enfermeras en el Área de Anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito, realizado por Edwin José Pavón Duque, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se la aprueba la presentación del mismo.

Loja, febrero del 2018

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“ Yo Edwin José Pavón Duque, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con la edad de los médicos y enfermeras en el Área de Anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito, de la Titulación de Psicología, siendo la Sra. María Elena Vivanco, Mgtr., 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.....

Edwin José Pavón Duque

1712493012

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi hermosa Esposa Sonia y a mis hijos Julián, Dayana y Gabriel, quienes, con su apoyo, comprensión y amor, fueron el motivo permanente que me levanto e impulso a seguir adelante, sin importar los obstáculos que se presentaron siempre estuvieron ahí, como un solo puño, como un hogar sólido y luchando hasta alcanzar la meta deseada a través del título de Psicólogo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Señor y Creador, por su infinito amor al darme la luz cada día para iluminar mis pasos en el cumplimiento de esta etapa trazada en mi vida, su fidelidad siempre demostrada con el despertar de cada mañana y la sabiduría puesta no solo en mí, sino en mi familia para conseguir un nuevo logro familiar.

A mi Familia como ese timón que me llevo a culminar con éxito la ruta trazada, a pesar de las vicisitudes presentadas en el camino.

A mi directora de tesis, Mgtr. María Elena Vivanco, que con su guía y direccionamiento supo darme ese soporte requerido para terminar de la manera más adecuada el presente trabajo.

INDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	I
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
INDICE DE CONTENIDOS	V
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Orígenes y estudios del Síndrome de Burnout.....	7
1.2. Conceptualización del Síndrome de Burnout.....	10
1.3. Enfermedades psicológicas de origen laboral.....	12
1.4. Enfermedades psicológicas en los trabajadores del área de la salud y el Síndrome de Burnout.....	15
1.4.1. El estrés ocupacional.....	15
1.4.2. Diferenciación entre el Síndrome de Burnout y otras afectaciones de orden psicológico	16
1.5. Consecuencias del síndrome de Burnout	18
1.6. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud	18
1.7. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud	19
1.8. Modelos explicativos del Burnout	20
1.9. Síntomas descriptivos del Burnout y estrategias de intervención.....	25
1.10. Prevalencia del Síndrome de Burnout.....	27
1.10.1. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial	27
1.10.2. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica. 29	
1.10.3. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional	30
1.11. Variables asociadas de Burnout	33
CAPITULO II. METODOLOGÍA	37
2.1. Objetivos de la investigación.....	38
2.2. Contexto de la investigación.....	40
2.3. Diseño de la investigación.....	40
2.4. Muestra	41
Criterios de inclusión.....	42
Criterios de exclusión	42

2.5. Procedimiento	42
2.6. Instrumentos	43
• <i>Cuestionario Sociodemográfico y laboral AD-HOC</i>	43
• <i>Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS]</i>	43
• <i>Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).</i>	44
• <i>Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).</i>	45
• <i>Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)</i>	46
• <i>Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).</i>	46
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE DATOS	47
CAPITULO IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	72

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en una Institución de salud pública de la ciudad de Quito, con la participación de 26 profesionales de la salud, divididos en 18 médicos y 08 enfermeras del área de anestesiología, con el fin de determinar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización) y la relación con la edad de los profesionales participantes en la investigación.

El proceso metodológico empleado fue exploratorio, examinando el síndrome como una afectación laboral no abordada en otros contextos y los instrumentos utilizados fueron: cuestionario sociodemográfico, inventarios de burnout de Maslach, cuestionario de salud mental, escala multidimensional de evaluación de estilos de afrontamiento, cuestionario MOS de apoyo social y cuestionario revisado de personalidad Eysenck.

Una vez alcanzado los resultados, se presentan las respectivas conclusiones y recomendaciones de mucha valía en el mejoramiento continuo del clima organizacional de esa institución de salud pública y donde se determinó un solo caso de presencia de burnout en el grupo de médicos y ningún caso de este síndrome en el personal de enfermería.

Palabras claves: Síndrome de Burnout; cansancio emocional; despersonalización; baja realización.

ABSTRACT

The present study was carried out in a Public Health Institution of the city of Quito, with the participation of 26 health professionals, of whom 18 physicians and 08 nurses from the area of anesthesiology were divided, in order to determine the prevalence of burnout syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and low performance) and the relationship with the age of the health professionals participating in the research.

The methodological process used during the investigation was exploratory, where the burnout syndrome was examined as a labor affectation that has not been addressed in other contexts and the instruments used were the following: sociodemographic questionnaire, Maslach burnout inventories, health questionnaire mental, multidimensional scale of evaluation of coping styles, MOS social support questionnaire and Eysenck's revised personality questionnaire.

Once the results have been reached, the respective conclusions and recommendations that will be of excellent value in the continuous improvement of the organizational climate of that public health institution are presented. Within which a particular case of burnout presence was determined in the group of physicians represented in 5.6% of the total sample and no case of this syndrome in the nursing staff.

Keywords: Burnout syndrome; emotional fatigue; depersonalization; low realization.

INTRODUCCIÓN

La aparición de afectaciones de tipo psicológicas y físicas desencadenadas por una serie de factores ambientales, laborales y personales, son una preocupación en la actualidad por parte de las organizaciones estatales y privadas del país, que ven disminuido su principal recurso de producción y desarrollo, el ser humano, motivo por el cual se ha generado estudios que permitan determinar las causales para el apareamiento de este tipo de enfermedades o síndromes y sus respectivas estrategias para enfrentarlos y prevenirlos. Tal como lo describe Gil-Monte (2003) refiriéndose al síndrome de Burnout (estar quemado), y que tiene su mayor injerencia y afectación a los profesionales del área de la salud, ya sean estos médicos o enfermeras.

Por otro lado, es importante resaltar que el presente trabajo está enmarcado en conocer el origen del Burnout, desde las décadas del 70, como lo describe Maicon y Garcés de los Fayos (2010), con el médico psiquiatra Herbert Freudenberger, el cual determinó que el personal de salud padecía de manera progresiva de desmotivación, falta de interés a sus labores y pérdida de energía que causaba un agotamiento y desembocaba en otros síntomas como la ansiedad y la depresión. Así mismo se detalla la evolución del síndrome propuesta en varios estudios y las consecuencias que tiene para el trabajador de la salud, sin dejar de lado las consecuencias que afectan al trabajo mismo. Así como su estrecha relación con aquellas enfermedades psicológicas que en la actualidad afectan el normal desenvolvimiento de los profesionales de la salud.

Partiendo de los supuestos anteriores y con el fin de profundizar en el tema, es importante conocer los modelos explicativos del Burnout, basados desde diversas ópticas de estudio por varios autores, considerando desde la persona misma, su relación laboral en el trabajo con compañeros, directivos y los pacientes que influyen de una u otra manera el desarrollo de este síndrome.

Sobre las bases de las ideas expuestas también se determinó la prevalencia e investigaciones del síndrome en distintos niveles de alcance, como es en el mundo, en Latinoamérica y finalizando en el Ecuador, donde se detalla los estudios realizados en instituciones de salud públicas y privadas en varias ciudades del país como son Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Loja y relacionados a los índices de apareamiento del

síndrome, así como también al tratamiento y prevención ante los síntomas que desarrolla y de cómo lo consideran en cada casa de salud.

Con lo anteriormente descrito, es claro que este estudio, permitirá a la Institución de salud pública en la que se desarrolla este trabajo, establecer cuál es el nivel de afectación que tienen sus trabajadores en relación con el síndrome de Burnout y a su vez proponer cambios y directrices organizacionales que permitan disminuir las afectaciones que se presentan con este síndrome.

Para realizar este proceso investigativo, existió las facilidades de la casa de salud, a fin de seleccionar y colaborar con la participación de la población objeto para el estudio, a través de su consentimiento informado de forma voluntaria, sin que se presente problema alguno ni con directivos, ni con el personal de médicos y enfermeras que colaboraron con la investigación. Dicho esto, se aplicó varios instrumentos diseñados para establecer la presencia del síndrome de burnout, mismos que permitieron determinar en la casa de salud investigada las afectaciones de tipo psicológicas o somáticas a causa de este síndrome, y que en un periodo a mediano plazo mejorará la calidad de los servicios de la salud a través de medidas preventivas aplicadas en los profesionales de la salud en beneficio de la ciudadanía que concurre a esta casa de salud.

Con las premisas anteriormente detalladas y dada la investigación desarrollada, se llegó a determinar como resultado final la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización) y la relación con la edad en profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito, determinándose una correlación entre la edad y el Burnout.

La presente investigación está estructurada en cinco capítulos. El capítulo I comprende el marco teórico donde se explica el origen y evolución del síndrome de Burnout, así como los estudios relacionados al mismo; el capítulo II explica la metodología empleada y los instrumentos utilizados como mecanismo de recolección de datos; el capítulo III detalla el levantamiento y tabulación de datos de los instrumentos utilizados, para que, en el capítulo IV se realice el análisis y discusión de los resultados obtenidos y

finalmente en el capítulo V se describe los hallazgos obtenidos a través de las conclusiones y las recomendaciones propuestas para dichos hallazgos.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Orígenes y estudios del Síndrome de Burnout

Los orígenes y primeros estudios del síndrome de burnout se remontan a mediados de las décadas del 70, como lo describe Maicon y Garcés de los Fayos (2010), en la cual se detalla que en el año 1974, Herbert Freudenberger, médico psiquiatra y voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, determinó a través de la observación en el lugar el cual trabajaba que en periodos largos entre uno y tres años, el personal de salud sufría de manera progresiva desmotivación, falta de interés a sus labores y pérdida de energía causando un agotamiento y en ocasiones desembocando en otros síntomas muchos más severos como la ansiedad y la depresión.

A este respecto se detalla las características de trabajo en profesionales dedicados al área de la salud y determinadas por Freudenberger (citado por Maicon y Garcés de los Fayos 2010), entre los que constaban:

- carecer de horario fijo,
- contar con un número de horas muy alto,
- tener un salario muy escaso y
- un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido.

Así mismo y de acuerdo las características expuestas en el punto anterior referente a los grupos de médicos y con enfermeras investigados se suma a esto la aparición de las siguientes actitudes en el trabajo:

- menos sensibles,
- poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes,
- con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece.

Ante ello y bajo este contexto el autor antes descrito, expreso a estos patrones eligiendo la palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”).

Otra psicóloga interesada en el estudio del burnout fue la Doctora Cristina Maslach (1976), quien realizó estudios con respecto a las respuesta emocionales que tenían los profesionales que se encargaban de ayudar a personas y en el que determinó que el

desinterés de dichos empleados en sus labores pero con la particularidad de que el término Burnout no tenía una expresión estigmatizadora como otras enfermedades de trastorno psicológico y era mejor recibida por aquella población de la cual se ejecutaban los estudios, de ahí que definió el término burnout como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducción en la realización personal.

Por otro lado, y bajo esta definición la investigadora en mención desarrolló el primer instrumento de evaluación sistemática, denominada el Maslach Burnout Inventory, el cual es un cuestionario para la evaluación del burnout. Su primera publicación previa a su comercialización fue en el año de 1981 (Maslach y Jackson, 1981). Siendo el resultado de una serie de entrevistas de casos anteriormente mantenidas.

De acuerdo con Maicon y Garcés de los Fayos (2010), el cuestionario en mención proponía tres factores o dimensiones a evaluar:

- El cansancio emocional donde se determina el aumento en los sentimientos de desgaste emocional como resultado de unas excesivas demandas psicológicas y emocionales, por lo cual se presenta un decaimiento físico y psíquico. El profesional siente que no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo. Sentimiento de desesperanza e indefensión.
- La despersonalización donde se determina la tendencia a desindividualizar y despersonalizar a los pacientes y por lo cual se presenta una falta de interés por el paciente, objetivación fría de sus problemas, seguido de un desarrollo de actitudes frías y despersonalizadas, visión deshumanizada del paciente, finalizando con una culpabilización del estado de necesidad del paciente.
- La realización personal donde se determina la tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente en la valoración de su trabajo como consecuencia de todo el proceso, presentándose en una creencia en que el trabajo no merece la pena, con pensamientos acerca de que la mejora personal e institucional no merece la pena intentarlas y sumado a una autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo.

Posteriormente y a fin de continuar el desarrollo de las investigaciones referentes al síndrome de estudio, Pines y Aronson (1988) diseñan el “Burnout Measure” (B.M.), considerado como un segundo instrumento de mayor utilización para la evaluación del burnout; describiendo este instrumento se puede indicar que consta de tres escalas, en las cuales se evalúa el cansancio físico, emocional y mental con 21 ítems en total.

Así mismo en la publicación en mención se detalla un aspecto importante en el que se muestra que el B.M evalúa el cansancio cognitivo, aspecto que no es analizado en el MBI. De igual manera se estructura este instrumento para que pueda evaluar la pérdida de expectativas de forma mucho más clara y por último su simplicidad al proporcionar una sola puntuación global del burnout.

Por otra parte, y en el transcurrir de los años existieron otros investigadores que estudiaron el síndrome de burnout, como fue el caso particular de Gil-Monte y Peiró (citado por Quinceno y Vinaccia, 2007), quienes defendían la respuesta al estrés laboral crónico y sus implicaciones en alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Años más adelante los mismos investigadores Gil-Monte y Peiró (2000) consideraron al síndrome de burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).

Posteriormente y como parte del proceso mismo en el cual se busca profundizar los estudios del síndrome burnout, haciéndose referencia a Leiter y Maslach (citado por Díaz, 2016), y donde hacen una redefinición del síndrome en el ámbito laboral, basado en tres dimensiones:

- Agotamiento extenuante, (componente de estrés individual básico del burnout, sentimientos de estar sobre-exigido y vacío de recursos emocionales y físicos).
- Sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, (componente del contexto interpersonal del burnout, respuesta al exceso de agotamiento emocional convirtiéndose en amortiguador emocional de la “preocupación individual”).

- Una sensación de ineficacia y falta de logros (componente de autoevaluación del burnout; esta dimensión da cuenta de los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo).

Con el transcurrir de los años y el mejoramiento de las metodologías de estudio se continua con las investigaciones y estudios que ayuden a determinar estresores laborales que influyan en el desarrollo de burnout a fin de encontrar medidas preventivas que permitan disminuir los efectos de este síndrome en especial en trabajadores del área de salud, actividades que se lo hace permanentemente en Estados Unidos de acuerdo a lo publicado por Oliveira et al. (2013), donde se evalúa constantemente a la población de médicos y enfermeras con el único objetivo de evitar que los síntomas que se presentan con el apareamiento del síndrome no recaigan en una afectación en el cuidado y atención de los pacientes.

En fin, se puede destacar los estudios e investigaciones que se han hecho con el pasar de las décadas a fin de entender y comprender con mayor exactitud al síndrome de Burnout no solo con el fin de detectarlo, sino encontrar la manera adecuada de prevenirlo sin que sea un causante que afecte la atención en el área de salud por la importancia que esta tiene en beneficio y desarrollo de la sociedad.

1.2. Conceptualización del Síndrome de Burnout

Es importante conceptualizar al síndrome de burnout a través de lo cual se podrá entender de mejor manera el sentido de dicho síndrome en los trabajadores del área de la salud, para lo cual se describe dicha conceptualización desde el punto de vista de varios investigadores.

Según Pines y Aronson (1988), a través del diseño efectuado mediante el “Burnout Measure” (B.M.), determinan al Burnout como:

Un estado de cansancio físico, emocional y mental causado, de ahí que lo que se busca evaluar y determinar son las consecuencias de presiones emocionales

asociadas con una intensa implicación con las personas en largos periodos de tiempo que provocan el Burnout. (Maicon y Garcés de los Fayos, 2010, p.170)

De acuerdo con Gil-Monte (citado por Maicon y Garcés de los Fayos, 2010), el síndrome de burnout es conocido como una de las afecciones psicológicas y emocionales asociadas al trabajo que genera un alto grado de malestar y absentismo en la actualidad.

Una definición actualizada y ampliamente aceptada del burnout es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter (citado por Maicon y Garcés de los Fayos, 2010), quienes delimitan el síndrome como una respuesta prolongada a estresores crónicos que afectan a nivel personal y laboral.

Es por ello que, para esquematizar el burnout como un resultado final, en la ilustración 1 se describe las dimensiones por las cuales se atraviesa durante el desarrollo del síndrome y que son características desde el inicio o aparecimiento como parte de la sintomatología propia del síndrome en estudio.

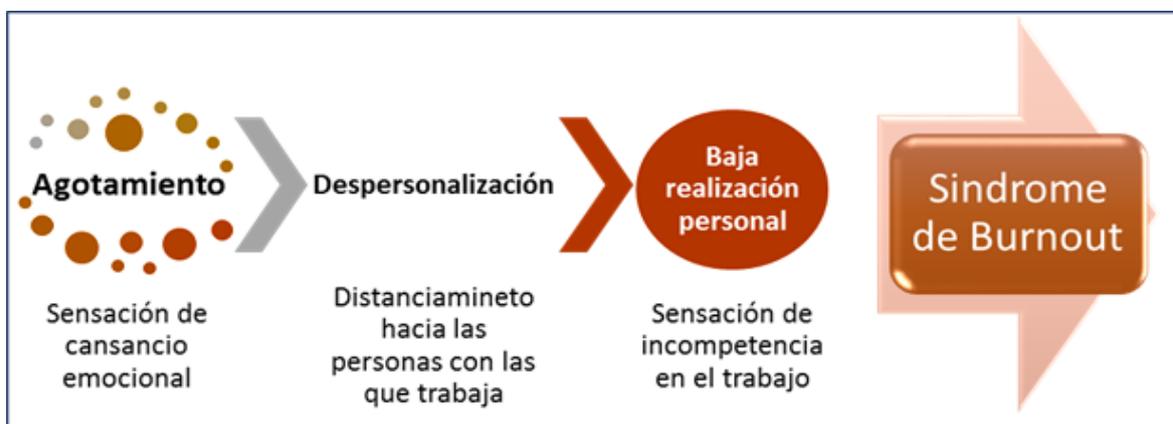


Ilustración 1. Esquema de las Dimensiones del Síndrome de Burnout

Fuente: Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, Ávila, Gómez y Montiel, Universidad del Sinú "Elías Bechara Zainúm", Montería – Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/801/80115648004/>.

Elaborado: Pavón, E.

1.3. Enfermedades psicológicas de origen laboral

Dentro del contexto laboral es muy común en la actualidad hablar referente a enfermedades provocadas en el campo laboral y profesional de la sociedad, siendo estas clasificadas de acuerdo a la afectación que tenga el trabajador, por ello la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), luego de reuniones y estudios respectivos determinó y publicó la lista de enfermedades profesionales denominándose dicho estudio como "lista de enfermedades profesionales - identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT", y en el que se detalla la lista de enfermedades con sus respectivos causales, destacándose en esta actualización la inclusión de los trastornos mentales y del comportamiento con su respectiva clasificación (OIT, 2010).

La OIT (2010) señala como enfermedades profesionales según el órgano o sistema afectado:

- Trastorno de estrés postraumático
- Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el(los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador. (p.4)

Así mismo la OIT (2010), describe y reconoce en su estudio a aquellas enfermedades ya sean de medicina clínica o de epidemiología clínica aplicada, y donde señala que, decidir sobre el origen de una enfermedad no es una «ciencia exacta», sino una cuestión de criterio basada en un examen crítico de todas las evidencias disponibles, entre las que se deben incluir las siguientes:

- *Intensidad de la asociación.* Cuantos mayores sean los efectos de la exposición en la frecuencia o el desarrollo de una enfermedad, mayores serán las probabilidades de que exista una relación causal entre la exposición y ese desarrollo o frecuencia.
- *Concordancia.* Diferentes informes de investigación que desembocan en resultados y conclusiones similares en términos generales.

- *Especificidad.* La exposición a un factor de riesgo específico se traduce en un patrón claramente definido de la enfermedad o las enfermedades.
- *Relación o secuencia temporal.* Entre la exposición considerada y la aparición de la enfermedad transcurre un período de tiempo compatible con cualquier mecanismo biológico propuesto.
- *Gradiente biológico.* Cuantos mayores sean el nivel y la duración de la exposición, mayor será la gravedad de las enfermedades o su incidencia.
- *Plausibilidad biológica.* De acuerdo con los conocimientos que hoy se tienen sobre las propiedades toxicológicas y químicas y otras características físicas del riesgo o peligro estudiado, es racional afirmar, desde el punto de vista biológico, que la exposición conduce al desarrollo de la enfermedad.
- *Coherencia.* Se logra cuando a partir de una síntesis de todas las evidencias (por ejemplo, estudios de epidemiología humana y animal) se deduce la existencia de una relación causal en el sentido amplio y según el sentido común.
- *Estudios de intervención.* En algunos casos, una prueba preventiva básica permite verificar si la supresión de un peligro determinado o la reducción de un riesgo concreto del entorno de trabajo o de la actividad laboral impide el desarrollo de una enfermedad específica o reduce su incidencia. (p.8-9)

De ahí que la afectación a la salud de un trabajador no solo es de carácter físico sino que también puede afectar a la salud psicológica de la persona considerándose muchos causales para padecer dichas enfermedades que puede estar iniciado desde la infraestructura, el ambiente laboral, la relación con sus superiores, subordinados y pares, el tipo de trabajo que desempeña la persona o a su vez la carga laboral que tenga este, todo estos factores pueden desencadenar diferentes reacciones que obliguen a generar deterioros psicológicos que desencadenen trastornos de estrés o trastornos mentales.

Ante lo cual se requiere detallar como parte de esta explicación el modelo de tensión o estrés elaborado por Cooper y Payne (1978) "Stress at work":

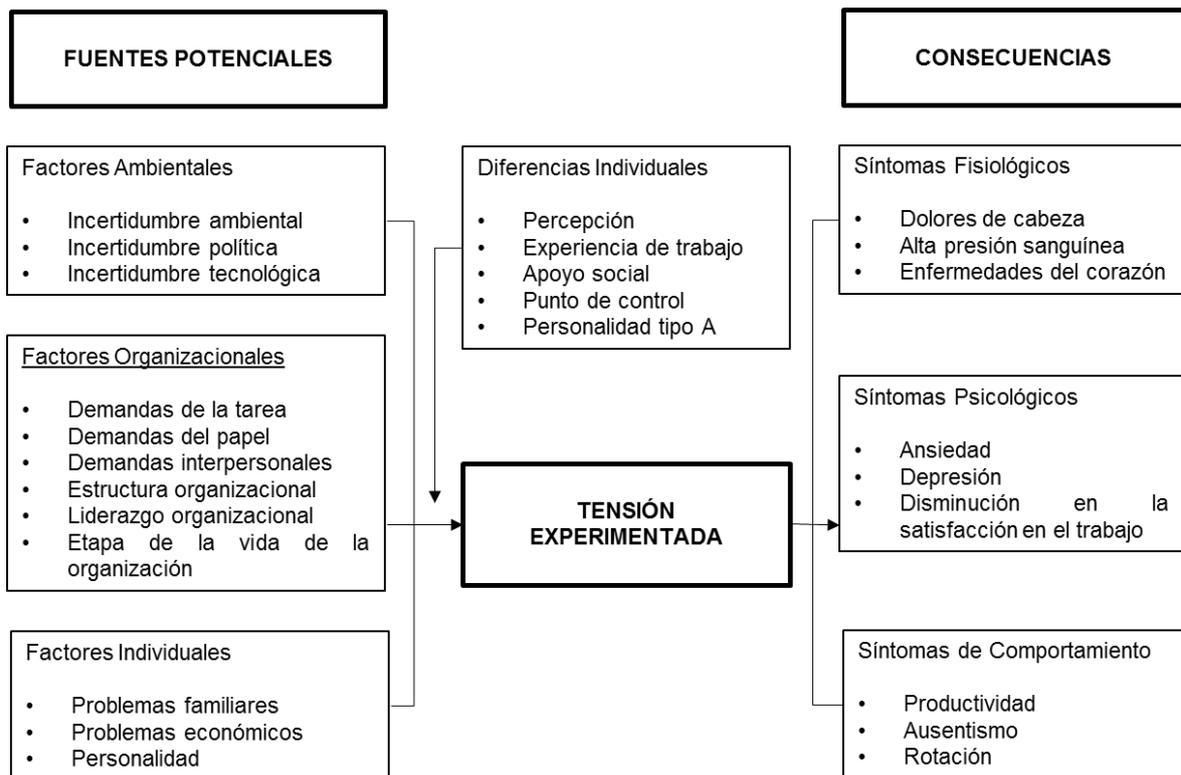


Ilustración 2. Modelo de tensión o estrés

Fuente: Revista Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la República del Perú, volumen 4 (2001) p 28. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/idata/article/view/6754/5992>

Este claro modelo describe cuales son las fuentes potenciales para generar un cuadro de tensión o estrés y las consecuencias fisiológicas, psicológicas y de comportamiento que pueden darse en un trabajador. De ahí que dependiendo del trabajo, empleo o profesión que una determinada persona lo ejecute se pueden presentar estos cuadros con menor o mayor intensidad, como es el caso muy particular de aquellos profesionales que se desempeñan en el área de la atención de la salud, ya sean estos médicos o enfermeras y que se encuentran en un entorno específico de atención a la población, donde los factores que incidan mencionados cuadros pueden ser muy variantes e influyentes.

1.4. Enfermedades psicológicas en los trabajadores del área de la salud y el Síndrome de Burnout

Son múltiples los riesgos que pueden afectar a la salud mental en el trabajo, como los descritos por Trucco (2004), el cual determina estos riesgos con sus características propias y que afectan las condiciones de trabajo como son las relacionadas con el puesto, la organización de la empresa, el sistema social y aspectos económicos; factores que tienen un impacto sobre el desempeño laboral.

Por lo que de acuerdo con lo explicado en el numeral anterior se puede detallar que existe enfermedades psicológicas que afectan a los trabajadores del área de salud dentro de las cuales podemos detallar a continuación uno de los principales problemas de orden psicológico.

1.4.1. El estrés ocupacional

En el contexto de las enfermedades psicológicas de orden ocupacional es importante el resaltar al estrés ocupacional como una afectación de orden psicológico, de ahí que Encalada, Obando, Uribe y Vivanco (2007) consideran que sus causas se desarrollan en el contexto laboral de una persona, muy similar a lo que acontece en el burnout y que de acuerdo a varios estudios se puede conceptualizar como producto de una exigencia en el campo laboral de la persona dada por una serie de interacciones entre varios factores que se dan en el desarrollo de un empleo, pudiendo ser estos provenientes de ambientes físicos, trastornos de funciones biológicas, así como también puede haber otros factores internos o externos que influyan directa o indirectamente como es el estrato socioeconómico, tipo de trabajo, tipos de personalidad, edad y género.

Es por ello que Encalada, Obando, Uribe y Vivanco (2007), determinan que los grupos ocupacionales de mayor riesgo o tendencia en el caso de estrés ocupacional es el de los profesionales que laboran en instituciones de salud, lo cual provoca generalmente los siguientes cuadros:

- Agotamiento emocional
- Sentimiento general de ausencia de logros personales
- Trato despersonalizado
- Distanciamiento afectivo

Los síntomas descritos por lo general se presentan por el ambiente laboral en el cual un profesional desempeña su trabajo, siendo este ambiente al que se debe enfocar las medidas preventivas, a fin de evitar el apareamiento de estos cuadros y otros que puedan presentarse con consecuencias que afecten no solo al profesional sino al entorno laboral compuesto por los compañeros de trabajo y ciudadanía considerada como paciente.

1.4.2. Diferenciación entre el Síndrome de Burnout y otras afectaciones de orden psicológico

Es importante conocer de manera más detallada los cuadros de afectación psicológica en los profesionales del área de la salud y que también pueden degenerar en enfermedades o afectaciones de carácter psicológicas a causa de problemas de estrés más profundos con sintomatologías y consecuencias de diverso orden como es el caso específico del síndrome de burnout, así como también la diferenciación entre estas.

Ante lo explicado se hace imprescindible realizar un pequeño análisis comparativo de acuerdo a lo estudiado por Martínez (2010), donde se describe las diferencias que pueden presentarse entre el síndrome de burnout y otras afectaciones de carácter psicológico que podrían influenciar a los trabajadores y profesionales del área de salud y que se demuestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Diferencia del burnout y enfermedades de orden psicológico

Afectaciones de orden psicológico	Descripción de las afectaciones de orden psicológico	Diferencia síndrome de burnout
Estrés general	Se distingue con facilidad ya que es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos. Se experimenta en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad propia del ser humano.	Hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es un síndrome que se presenta en el contexto laboral.
Fatiga Física	La recuperación es más rápida y acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.	Se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso
Depresión	El sentimiento de culpa es el más destacado de la depresión.	Predominan los sentimientos de la cólera o la rabia.
Tedio o Aburrimiento	Resulta de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del profesional. Tiene como consecuencia la insatisfacción laboral.	Se genera por repetidas presiones emocionales Tiene como consecuencia la insatisfacción laboral.

Fuente: Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010, p.6,7. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Elaborado por: Pavón, E.

Lo que demuestra no solo la complejidad del síndrome de burnout en comparación a otras afectaciones de orden psicológico, ya que su influencia puede ser de mayor al momento de alterar el desempeño psicológico de un profesional del área de salud, así como también sus medidas de recuperación podrían ser mucho más lentas en relación a aquellas empleadas para las afectaciones de tipo psicológico que frecuentemente aparecen en trabajadores de la salud.

1.5. Consecuencias del síndrome de Burnout

Es importante para toda organización determinar afectaciones de carácter psicológico que puedan causar malestar en su personal empleado y más aún aquellas que tienen un carácter de complejidad mucho más elevado como es el caso del síndrome de Burnout. Maslach (2009), señala que “la investigación ha descubierto que el estrés laboral es predictor de un menor rendimiento en el trabajo, problemas con las relaciones de familia y mala salud, y algunos estudios han demostrado hallazgos equivalentes en el burnout laboral” (p.38-39).

Es por ello que las investigaciones que se lleven a cabo deben tener la importancia del caso, ya que no solo afecta al profesional de la salud, sino que irradia en consecuencias en el trabajo y se agrava hacia los pacientes o usuarios de los servicios de salud que se esté brindando por parte de este profesional, ya que el servicio proporcionado no es el adecuado y en temas de salud podría generar graves consecuencias.

1.6. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud

De acuerdo con lo determinado por Gil-Monte (2003), clasifica en cuatro categorías las consecuencias en la salud de los profesionales de la salud y que estarían descritas de la siguiente manera:

- Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia.
- Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (v.g. verbalizar), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia.
- Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad.
- Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical,

fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.). (p.30)

Índices que por sus características estarían en afectación directa a la salud física y mental del profesional ya sea médico o enfermera, pero que a su vez pueden significar alertas que permitan tomar medidas adecuadas a fin de controlar dichos índices reduciendo su impacto en la salud de los profesionales de la salud.

1.7. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud

Con respecto a las consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud, Gil-Monte (2003), describe los siguientes índices:

- deterioro de la calidad asistencial,
- baja satisfacción laboral,
- absentismo laboral elevado,
- tendencia al abandono del puesto y/o de la organización,
- disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales,
- aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y,
- por supuesto, una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

Por otro lado, estos índices señalados deterioran el ambiente de trabajo ya que el clima organizacional del entorno va cambiando con la serie de errores que se pueden presentar al trabajar con profesionales de salud que presenten síntomas del burnout, por el hecho mismo de su bajo rendimiento, así como también por disminución de las actividades que implican minuciosidad o a su vez demostrar creatividad en las mismas. Dado esta situación el riesgo en atención a un paciente determinado aumenta ya que implica un mayor esfuerzo del resto de compañeros de área, con la adición de otras consecuencias como son el que los demás profesionales se vean contagiados por dicho síndrome, generando un efecto en cadena perjudicial para toda la organización.

1.8. Modelos explicativos del Burnout

Para comprender y ampliar las posibles causales que desencadenan el desarrollo del síndrome de Burnout, se requiere analizar y describir los modelos explicativos en cuanto al Burnout y basada en las clasificaciones utilizadas por Gil-Monte y Peiró (citado por Martínez, 2010) y que a continuación de detalla:

Modelos etiológicos basados en la teoría Sociocognitiva

Dentro de estos modelos sus principales causas están dadas por las cogniciones que influyen en la forma de percibir la realidad y se modifican por sus efectos y consecuencias observadas y el empeño para la consecución de objetivos y consecuencias emocionales determinadas por la autoconfianza del sujeto, por lo que se sub clasifican en otros modelos analizados y expuestos desde el punto de vista del investigador.

- 1) Modelo de competencia Social de Harrison (1983), donde se explica cómo los profesionales inmiscuidos en asistencia inician con motivación de ayuda a los demás, pero de encontrar barreras dentro de ese contexto disminuye la autoeficacia y puede generar el burnout. Las características o actividades que se presentan en este modelo pueden ser:
 - Existencia de objetivos laborales realistas
 - Nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución
 - Capacitación profesional
 - Toma de decisiones
 - Ambigüedad del rol
 - Disponibilidad y disposición de los recursos
 - Retroalimentación recibida
 - Sobrecarga laboral
 - Ausencia o escasez de recursos
 - Conflictos interpersonales
 - Disfunción del rol.

- 2) Modelo de Pines (1993), radica cuando la persona busca el sentido existencial del trabajo y fracasa en su labor. El burnout se presenta a través de un estado de agotamiento físico, emocional y mental al enfrentar situaciones de estrés crónico y altas expectativas.

- 3) Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993), en el cual se describe que la no consecución de metas lleva al fracaso psicológico, disminución de autoeficacia y desarrollo del burnout.

- 4) Modelo de Thompson, Page y Copper (1993), destaca cuatro factores en la aparición del burnout que a continuación se detalla:
 - Discrepancias entre las demandas de la tarea y recursos del sujeto
 - Nivel de autoconciencia
 - Expectativas de éxito personal
 - Sentimientos de autoconfianza

De los modelos descritos desde los estudios de varios autores se puede recalcar que están alrededor de las metas que busca alcanzar el profesional de salud y de cómo se pueden truncar estas con el apareamiento de síntomas que desarrollan el burnout.

Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

Es los modelos clasificados como etiológicos basados en las teorías del intercambio social, se plantea en el momento que se establece relaciones interpersonales y que en si el apareamiento de características o sintomatologías previas al burnout se desarrolla en proceso de comparación social y donde se genera percepciones de falta de equidad. De ahí que la sub clasificación está dada en la comparación social y la conservación de recursos:

- 1) Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993), desarrollado en la explicación de Burnout en las enfermeras y direccionado a los procesos de

intercambio social con pacientes y procesos de afiliación y comparación con compañeros de trabajo.

- 2) Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993), se basa cuando la motivación básica del profesional se ve amenazada por estrés y puede generar el Burnout, por otro lado, la exposición a situaciones prolongadas de demanda profesional o exceso de trabajo en atención a pacientes, provocando estados de agotamiento emocional y físico.

Se puede señalar que estos modelos descritos se basan y enfocan los aspectos que están alrededor de su entorno social dado en la relación paciente y compañeros de trabajo y actividades laborales efectuadas en su profesión.

Modelos etiológicos basados en la teoría Organizacional

Los modelos etiológicos basados en la teoría organizacional gira en torno al apareamiento de estresores en el contexto organizacional y estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores frente al Síndrome. Por lo que la sub clasificación de estos modelos está dada por fases de desarrollo, así como también por los puntos de vista específicos de cada uno de los autores que se va a describir:

- 1) Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988), se presenta con la despersonalización como la primera fase del Burnout, luego la realización personal disminuida y por último el incremento del agotamiento emocional.
- 2) Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993), enfoque transaccional del estrés laboral, donde el agotamiento emocional es la dimensión esencial del Burnout. Así mismo intervienen las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.

- 3) Modelo de Winnubst (1993), se caracteriza por las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y cultura de la organización. Determinándose en este modelo la influencia de los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional.

En estos modelos se pudo determinar que el burnout tiene un desarrollo inicial hasta alcanzar el estatus de síndrome en el cual se afecta ya a un profesional, así como también se enfocaron a la dimensión principal la cual recae en el agotamiento emocional y en la cual no permite el desarrollo organizacional de la institución u empresa.

Modelos sobre el proceso de quemarse en el trabajo

En esta sub clasificación de modelos Quinceno y Vinaccia (2007), hacen referencia a los procesos para llegar al síndrome de Burnout desde la perspectiva de estudios de varios autores, los que describen cada fase por la cual se atraviesa para desarrollar y desencadenar este síndrome y que a continuación se detalla dichos modelos:

- 1) Modelo tridimensional del MBI-HSS (1982), donde refiere a los aspectos cognitivos (baja realización personal), emocional (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).
- 2) Modelo de Edelwich y Brodsky (1980), basado en el proceso de desilusión de la actividad laboral en cuatro fases: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.
- 3) Modelo de Price y Murphy (1984), basado en el proceso de adaptación a situaciones de estrés laboral en seis fases sintomáticas: desorientación, habilidad emocional, culpa debido al fracaso profesional, soledad y tristeza, solicitud de ayuda y equilibrio.

De esta manera se puede observar los puntos de vista de varios autores e investigadores de esta temática del síndrome de burnout, enfocándolo a sus factores causantes o desencadenantes partiendo de varios contextos como son los personales, sociales y hasta organizacionales considerando los lugares de trabajo y su entorno integral, para de esta manera tener claro cuáles son las sintomatologías iniciales y resultados finales desde cada modelo y las posibles estrategias que pueden darse para el afrontamiento del burnout.

Modelos etiológicos basados en la teoría Estructural

Los modelos etiológicos basados en la teoría estructural están netamente caracterizados por los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales explicando la etiología de Burnout de manera integral. De ahí que en esta sub clasificación de modelo se centra en la organización y lo que gira a su entorno afectando a aquellos profesionales que laboran en la misma.

El modelo de Gil Monte y Peiró (1997), se basa en variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Considera al Burnout como respuesta al estrés laboral percibido como un conflicto y antigüedad de rol o de experiencia laboral, centrándose netamente en esta temática.

Por lo que se puede señalar que de acuerdo con este modelo el síndrome surge cuando la forma de afrontamiento a la amenaza es inadecuada, lo que genera la respuesta de conflicto de los integrantes de una determinada organización y que en determinados caso podría llegar a afectar a la estructura organizacional y por consiguiente al cumplimiento de metas y objetivos propuestas por la institución afectada.

1.9. Síntomas descriptivos del Burnout y estrategias de intervención

1.9.1. Síntomas descriptivos del Burnout

Las investigaciones realizadas y a través de los instrumentos de medición descritos anteriormente se llegan a determinar síntomas descriptivos del síndrome de Burnout, de acuerdo a lo descrito por Martínez (2010) y con los cuales se puede separar dichos síntomas de acuerdo a los factores emocionales, cognitivos, conductuales y sociales de la persona que se encuentre posiblemente afecta por este síndrome.

Tabla 2 Síntomas descriptivos del Síndrome de Burnout

Emocional	Cognitivos	Conductuales	Sociales
- Depresión	- Pérdida de significado	- Evitación de responsabilidad	- Evitación de contactos
- Indefensión	- Pérdida de valores	- Absentismo	- Conflictos interpersonales
- Desesperanza	- Desaparición de expectativas	- Conductas inadaptables	- Malhumor familiar
- Irritación	- Modificación de autoconceptos	- Desorganización	- Aislamiento
- Apatía	- Desorientación cognitiva	- Sobre implicación	- Formación de grupos críticos
- Desilusión	- Pérdida de la creatividad	- Evitación de decisiones	- Evitación profesional
- Pesimismo	- Distracción	- Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas	
- Hostilidad	- Cinismo		
- Falta de tolerancia	- Criticismo generalizado		
- Acusaciones a los clientes			
- Supresión de sentimientos			

Fuente: Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010, p.20, 21. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Elaborado por: Pavón, E.

De ahí que los síntomas descriptivos desde el enfoque emocional, cognitivo, conductual y social, clasificados de esta manera puede ayudar de mucho en la detección y prevención del síndrome de burnout, así como también en el desarrollo y aplicación de

estrategias que permitan disminuir los síntomas descriptivos en mención en beneficio de la salud integral de los profesionales afectados con el síndrome y que en un momento dado requieran ser intervenidos a través de un tratamiento.

1.9.2. Intervención del Burnout

Para determinar las estrategias de intervención frente al síndrome de burnout se debe referenciar las estrategias consideradas para enfrentar dicho síndrome y la sub división de estas estrategias en 3 grandes categorías: estrategias individuales, estrategias colectivas y estrategias organizacionales.

Estrategias individuales, enfocadas hacia:

- la preparación para la solución de problemas,
- entrenamiento de la asertividad y
- programas que enseñen a administrar el tiempo de forma eficiente.

Estrategias colectivas, enfocadas hacia:

- apoyo social de compañeros y superiores. A través del cual recibe información, mejoran sus habilidades y/o adquieren otras y reciben apoyo emocional.

Estrategias organizacionales, enfocadas hacia:

- mejora del ambiente y clima laboral en la organización.
- Se tomarían medidas como la evaluación y procesos de desarrollo organizacional, gestión más eficiente y participativa de la cultura organizacional. (Gil-Monte y Peiró, 2011, p.3-4)

Por lo que Gil-Monte y Peiró (2011), a través de estas estrategias planteadas buscaban garantizar la disminución de los síntomas que se presentan en aquellos trabajadores que se encuentren afectados por el burnout, así como también conseguir como postura y directriz la colaboración en todos los niveles y en todas las áreas de una determinada organización, institución y/o unidad a la cual se esté aplicando estas medidas que

permitan efectuar acciones preventivas al burnout, motivando de manera paralela a la participación y comprometimiento en general de los trabajadores a conseguir mejores resultados y calidad en la gestión que efectúen especialmente hacia los profesionales en el área de salud, y al cual se ha referido en párrafos anteriores y que con el tiempo a un corto o mediano plazo puedan ser programas de prevención individual, colectivo y organizacional para evitar el apareamiento del burnout en dichas organizaciones.

1.10. Prevalencia del Síndrome de Burnout

1.10.1. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial

Los estudios del burnout a nivel mundial son variados y múltiples de acuerdo a las muestras de estudio en donde se incluye grupos de profesionales de la salud, educación, deporte, seguridad y otros, pero que finalmente aquellos más observados son las personas que trabajan en el sector salud.

A continuación, se detalla una tabla enmarcada en un resumen de los estudios realizados en varios países del mundo, mismos que están direccionados a establecer porcentajes de afectación en el sector de enfermería y en el cual se presenta con mayor prevalencia el síndrome de Burnout.

Tabla 3. Estudios de Burnout realizados a nivel mundial

PAÍS	INVESTIGADORES	GRUPO INVESTIGADO	BURNOUT DETERMINADO
España	Avalos; Jiménez y Molina (2005)	Enfermeras de atención hospitalaria	39% de los profesionales encuestados presentaba puntuaciones indicativas de burnout.
Bélgica	De Witte, Moors, Symons, Van Der Meeren y Evers (2001)	2.075 enfermeras flamencas	El 47% de las enfermeras presentaban un alto nivel de burnout en términos generales.

Reino Unido	Gillespie y Melby (2003)	Enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias	Presentaron altos niveles de agotamiento emocional.
Japón	Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda y Katoh (2004)	Enfermeras que trabajan en un servicio de salud mental	La prevalencia del síndrome en este servicio y con estas enfermeras eran de 59,2%.
(Italia	Quattrin, Zanini, Nascig, Annunziata, Calligaris y Brusaferrò (2006)	Enfermeras que trabajaban en una unidad de oncología	Se determinó altos niveles de agotamiento emocional (35%); un 17% de despersonalización y un 11% de eficacia profesional.
Alemania	Mebenzehl, Lukesc, Klein, Hajak, Schreiber y Putzhammer (2007)	Enfermeras que trabajaban en 6 hospitales psiquiátricos de Bavaria	Se determinó que el 11,5% presentaban niveles altos de burnout.
China	Wu, Zhu, Wang y Lan (2007)	Enfermeras más jóvenes	Presentaron niveles más altos de burnout.

Fuente: Guadalupe Manzano García. 2008. Revista en línea Información Psicológica. p (23-31)
Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/261/214>

Elaborado por: Pavón, E.

De los porcentajes determinados de burnout por García (2008), y de acuerdo con las investigaciones realizadas serían provocados por:

- Los cambios en las condiciones de trabajo (horarios, turnos, guardias, con todo lo que supone en los ritmos biológicos),
- Cambios en los roles, sin consultar directamente a los profesionales implicados,
- Los nuevos sistemas terapéuticos: las nuevas tecnologías, los equipos de monitorización más sofisticados y el aumento de la cantidad y complejidad de la información disponible,
- El esfuerzo intelectual continuado que supone la lectura de libros y artículos de la especialidad o profesión para tratar de estar al día.

De acuerdo con lo descrito, conlleva a que la situación del personal de enfermería sea muy variante y en consecuencia afecte a la persona en sí, ya que no puede ocuparse de su persona y por ende fomentar actividades de otra índole como puede ser aficiones, entretenimientos, relaciones familiares, deportes y otras, por lo que se puede producir manifestaciones de conductas psicopatológicas generadoras de estrés.

Sumado esto y como una causa para que aparezcan cuadros de burnout de acuerdo con las investigaciones que se efectuaron en los países antes descritos, esta los factores económicos dados por un bajo salario entre los profesionales de enfermería lo que influye más en los sentimientos de frustración, disminución de la satisfacción laboral y descenso de la productividad.

El detalle de estos estudios en otros países y permiten evaluar e implementar a tiempo medidas preventivas que corrijan estos potenciadores o variables que genera el burnout en el personal de enfermería que labora en casas de salud.

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

Centralizando y enfocándose a lo referido por Díaz y Gómez (2011), en su estudio e investigación del síndrome de burnout en Latinoamérica y luego de varias décadas de trabajo, se puede mencionar que en los países Latinoamericanos no se ha dado la importancia debida como lo realizado en Estados Unidos y varios países de Europa, y por consiguiente el conocimiento de este tema de estudio que es muy primordial en el desarrollo del desempeño laboral del personal de profesionales en el área de la salud es limitado, situación que puede ser dada por la cultura misma latinoamericana, en la cual todavía se sigue implementando la protección general e integral del profesional como un punto primordial de salud ocupacional y que se esté cuidando tanto en el sector público, como en el sector privado, sin embargo hay países en los cuales se ha realizado varias investigaciones que permitan determinar los causales, sintomatología y tratamiento de este síndrome, y entre los que podemos citar a Argentina, Colombia, Brasil, México, Perú, Chile, Venezuela con mayor énfasis y profundidad, y otros países en los cuales el conocimiento del burnout es muy ligero todavía ya que no se genera

políticas direccionadas a la prevención de este síndrome, pero con el pasar del tiempo se está desarrollando la aplicación de investigaciones que ayuden a detectar las causales del síndrome y entre los cuales destacarían el Ecuador, Bolivia, Guatemala y República Dominicana.

Por ejemplo, como lo concluido por Grau, Flichtentrei, Prats y Braga (2009), donde se resalta que la mayor prevalencia de burnout es en médicos que residen en España o Argentina, y por especialidades en los que trabajan en urgencias y los internistas, determinándose para este trabajo de estudio muchas más variables que influyen en el desarrollo del síndrome como fueron la edad, menor número de hijos, hacer guardias, haber estado de baja laboral o tener una enfermedad crónica, y las percepciones de menor valoración laboral, menor optimismo, menor satisfacción económica y profesional y que descrito en ítems anteriores como factores de riesgo; lo que avizora primeramente la preocupación que se viene dando a fin de prevenir el apareamiento del síndrome y por otro lado la determinación de los grupos de profesionales de la salud que pueden ser más vulnerables a ser afectados o influenciados por este síndrome.

1.10.3. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional

En el Ecuador esta temática de investigación es nueva, por lo que los estudios levantados con respecto al síndrome de burnout y en especial enfocados a su afectación a los trabajadores del área de la salud en los últimos años, remontan al año 2006 y en los cuales se detalla el trabajo realizado en un hospital regional de la ciudad de Guayaquil, por Quevedo (2006), en el cual se buscó como objetivo el reflexionar sobre la importancia de la relación médico paciente y su incidencia en la salud individual y la calidad de los procesos de atención hospitalaria.

En la siguiente tabla podemos observar los estudios e investigaciones realizadas en el Ecuador como parte de la importancia a la afectación de este síndrome en los profesionales de salud. Dichos estudios pertenecen a casas de salud públicas y privadas, realizados en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Loja, donde el principal objetivo ha sido determinar las causas provocadas por el inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo y su afectación a la calidad de

vida, así como a la salud mental de los profesionales en salud y sus repercusiones en la calidad de atención en estas áreas de servicio.

Tabla 4. Estudios e investigaciones referentes al Síndrome de Burnout en Ecuador

AÑO	INVESTIGADORES/INSTITUCIÓN	TÍTULO DE INVESTIGACIÓN
2006	Kory Quevedo Bastidas – Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	Síndrome de burnout y calidad de la atención en el área de emergencia del Hospital regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del IESS, Guayaquil – Ecuador, 2006.
2010	Estefanía Vela Pinto – Universidad San Francisco de Quito	Prevalencia de burnout síndrome en los estudiantes de medicina de sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajan en los Hospitales Metropolitano de Quito (HM), Carlos Andrade Marín (HCAM) y Vosandes de Quito (HVQ) en el primer trimestre del 2010.
2011	Oscar Carrera/Jessica Landazuri - Universidad Central del Ecuador	Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de Médicos y Enfermeras del Hospital Quito No. 1 Policía Nacional.
2011	Lucero Zully/Francisco Rivera – Pontífice Universidad Católica del Ecuador	Relación entre el síndrome de burnout con la satisfacción laboral y el patrón de conducta en médicos residentes y el personal de enfermería del Hospital Eugenio Espejo durante junio-julio del 2011.
2011	Mayra Duran/Johana García – Universidad de Cuenca	Prevalencia del síndrome de burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011.
2011	Juan Brito/Henry Cabrera – Universidad de Cuenca	Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente

		Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador.
2013	Jorge Luis Cárdenas – Universidad Técnica de Ambato	Prevalencia del síndrome de burnout y su influencia en la realización personal en los profesionales de las áreas críticas del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ambato.
2013	Guerrero Correa, Andrea Priscilla/Romero Heredia, Nathaly Alejandra - Universidad Técnica Particular de Loja	Identificación del síndrome de burnout y su relación con variables sociodemográficas y laborales en médicos y enfermeras de SOLCA Guayaquil, Loja, Machala y Zamora durante el año 2012.
2013	Gustavo Cevallos/Mayra Barbedo – Universidad Central del Ecuador	Prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del servicio de emergencias del Hospital de especialidades Eugenio Espejo – Quito.
2015	Juan Carlos Pinto – Universidad San Francisco de Quito	Síndrome de burnout en el personal de emergencia del Hospital Pablo Arturo Suarez de Quito y sus efectos en el clima laboral y la calidad de la atención de salud 2015.
2017	Lorena Herrera - Universidad Técnica Particular de Loja	Síndrome de burnout en relación a variables moduladoras en personal de salud de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja.

Fuente: Síndrome de Burnout en Ecuador. (2017, Noviembre 8) Recuperado de <https://scholar.google.es/>

Elaborado por: Pavón, E.

De la tabla 4 presentada, se puede extraer que los estudios realizados en el Ecuador con respecto al síndrome de burnout no provienen propiamente por parte de investigadores especializados u organizaciones de salud destinadas a esta temática, ya sean estos de carácter gubernamental, no gubernamental o privado, sino que corresponde al esfuerzo e innovación de las Universidades del país por desarrollar y obtener resultados concretos y adecuados que permitan conocer más a fondo el

burnout y sus consecuencias, y que se puede considerarse en una línea base para las futuras investigaciones que se efectúen con el fin de mejorar la calidad del trabajo en el que se desenvuelven los profesionales del área de la salud y por consiguiente mejorar la atención en focalizada a la salud ya sea esta pública o privada y que está dirigida a la población ecuatoriana de todos los estratos sociales.

Sin embargo, es necesario resaltar que estos estudios han sido ejecutados en las ciudades principales del país como es el caso de Quito, Guayaquil, Cuenca, Loja y Ambato; por lo que se conoce muy poco de cuál sería la afectación del síndrome de burnout en poblados más pequeños y donde las condiciones de clima laboral, infraestructura, servicios, equipamiento y medicina en las instituciones de salud pueden ser escasas o a su vez presentar adversidades mayores en relación a las instituciones de salud de las ciudades antes mencionadas.

Así mismo, como parte del análisis de la información obtenida se realizó la correspondiente búsqueda en el repositorio de la biblioteca virtual del Ministerio de Salud Pública, sin encontrar resultados con respecto a estudios o investigaciones referentes al síndrome de burnout, sus consecuencias y medidas preventivas y que pueda determinar la afectación a los profesionales de la salud y hacia aquellos pacientes que son atendidos por estos, por consiguiente se hace imprescindible que los trabajos académicos realizados sean considerados de gran valía para generar políticas de mejoramiento a la atención de la salud pública a través de la prevención y tratamiento adecuado al síndrome de burnout.

1.11. Variables asociadas de Burnout

Para describir los factores de riesgo que pueden desencadenar cuadros de síndrome de burnout, se hará referencia a las variables analizadas que desembocan en el apareamiento de los factores en mención, de acuerdo a la publicación y estudios de Martínez (2010).

Es por ello por lo que se debe clasificar las variables que pueden desencadenar o influenciar al apareamiento del síndrome de burnout y que tiene que ver con la persona,

el contexto social y familiar, el contexto laboral y otras que puedan ser potenciadores para generar este síndrome.

Variables asociadas a la personalidad, de acuerdo con Martínez (2010), aparece cuando se busca marcar la diferencia entre dos personas, pero una de ellas se frustra en ese intento.

Dentro de las variables asociadas a la personalidad podemos señalar las siguientes:

- Alto entusiasmo inicial
- Remuneración económica baja
- Falta de apoyo y refuerzo de la institución
- Uso de los recursos de manera inadecuada
- Orden de la estructura familiar (proporciona capacidad para enfrentar problemas emocionales)
- Número de hijo (mayor número de hijos provoca mayor estrés ocupacional)
- Nivel de implicación de la persona
- Personalidad (puede presentar personalidad resistente al estrés)

Variables sociodemográficas, Martínez (2010), toma en cuenta a las relaciones sociales sean estas al interior o exterior del trabajo y que pueden amortiguar el efecto de los estresores o a su vez pueden incrementar los causales de estrés.

De acuerdo con esta ayuda o efectos positivos o negativos se determinan variables sociales aceptables las cuales serían:

- Género (afecta más a quien no tiene poder de decisión en el trabajo)
- Edad de la persona (Ser empleado joven)
- Nivel de estudio (por ejemplo, licenciatura, especialidad, maestría, doctorado)
- Área de trabajo (clínica, educativa, laboral, organizacional, investigación)
- Tipo de centro (privado, publico, consultorio, mixto)
- Experiencia laboral (a más años más experiencia)

Variables laborales, de acuerdo con Martínez (2010), aquí los estresores están netamente relacionados con el ambiente laboral y su contexto dentro de lo cual puede llegar a afectar como, por ejemplo:

- Demanda laboral (cuantitativas en cuanto a la carga laboral y cualitativas en cuanto al tipo y contenido de las tareas laborales)
- Entorno físico laboral
- Contenidos del puesto
- Aspectos temporales de la organización
- Inseguridad laboral
- Desempeño del rol
- Relaciones interpersonales laborales
- Desarrollo de la carrera
- Políticas y clima de la organización

Variables moduladoras ante situaciones de estrés, aquí Martínez (2010), destaca las condiciones horarias del trabajo como, por ejemplo:

- Trabajos a turnos
- Altas rotaciones
- Trabajo nocturno
- Largas jornadas de trabajo
- Gran cantidad de horas extras
- Jornadas de horas indeterminadas

Así mismo estas condiciones pueden estar estrechamente relacionadas con:

- la calidad de sueño
- ajuste cardíaco
- quejas de salud
- satisfacción laboral
- atención, rendimiento cognitivo y accidentes

Por lo que a través de esta descripción podemos entender las variables que se pueden presentar en el entorno de una persona, los cuales causarían una disminución o aumento de estresores que desemboquen en un síndrome de burnout, por otro lado facilita la comprensión correspondiente al entendimiento de las variables que pueden ser utilizadas como medidas preventivas ante posibles aparecimientos de burnout en profesionales de la salud en especial, debiéndose tomar muy en cuenta estos factores demográficos, individuales y físicos cuando se esté evaluando las respuestas positivas o negativas al trabajo regulando procesos de tensión, ansiedad, insatisfacción y deseos de abandonar o retirarse del trabajo, reformulando continuamente el desarrollo profesional por medio del planteamiento de metas y objetivos no solo de la institución de salud si fuere el caso, sino también del profesional y/o empleado.

CAPITULO II. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos de la investigación

2.1.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización) y la relación con la edad en profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar la caracterización sociodemográfica y laboral investigada de los profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.
- Determinar el síndrome de Burnout en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.
- Identificar el malestar emocional de los profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados en los profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en los profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.

- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.
- Determinar la relación entre del síndrome de burnout y la edad en los profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.

2.1.3 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características predominantes del factor sociodemográfico de la población de en profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) en profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de Burnout presenta un mayor porcentaje de injerencia en la investigación realizada en los profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental en profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social en profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito?

- Existe relación entre el síndrome de Burnout y la edad en profesionales de la salud del servicio de anestesiología de un hospital público de la ciudad de Quito.

2.2. Contexto de la investigación

La aplicación metodológica se la realizó a través de una investigación de campo efectuada en un Hospital de Especialidades, localizado en la ciudad de Quito en la zona centro sur, con personal de médicos y enfermeras que laboran en el servicio de anestesiología, siendo esta área el lugar donde se realizan toda clase de procedimientos quirúrgicos; como por ejemplo cirugías de menor, mediana y alta complejidad y donde el trabajo desempeñado puede ser caracterizado por jornadas complejas y de alto grado de dificultad.

En esta casa de salud, durante su historia que se impone en el tiempo, se ha distinguido por el valor creciente de sus servicios que han contribuido notablemente al desarrollo Institucional, además por albergar y forjar a notables profesionales de la medicina ecuatoriana.

2.3. Diseño de la investigación

Por la dinámica de la investigación, el método empleado durante la investigación fue exploratorio, en donde se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación (Hernández, 1994).

La presente investigación se enmarca en las características descritas por Hernández, Fernández y Baptista (2003):

- Se la considera **cuantitativa** por cuanto la investigación está apoyada en el análisis de información de carácter numérica producto de los resultados de los instrumentos evaluados.

- Se la considera **no experimental** por cuanto se realiza la investigación sin la manipulación deliberada de variables, así como también se observan de manera directa los fenómenos en su ambiente natural es decir en el lugar de aplicación, para después analizarlos.
- Se la considera **transaccional (transversal)** por cuanto se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado.
- Se la considera **exploratorio** ya que en primera instancia se realiza la exploración inicial en un momento del contexto en el cual se va a realizar la presente investigación.
- Se la considera en especial de carácter **descriptivo** ya que mide y a su vez se recolecta los datos a través de instrumentos predeterminados y que no proporcionara información sobre cada una de las variables para describir en el caso puntual del síndrome de burnout.

2.4. Muestra

La población objeto de la investigación fue el personal médico y de enfermería que laboran en una institución de salud pública ubicada en el centro norte de la ciudad de Quito.

Para ejecutar el desarrollo de la investigación, se invitó a participar de este estudio a 26 profesionales de la salud divididos en 18 médicos/as y 08 enfermeras del servicio de anestesiología de un Hospital público ubicada en el centro norte de la ciudad de Quito.

Para iniciar dicho proceso se utilizó el documento de información para participantes y consentimiento informado donde se solicitó la colaboración voluntaria y sin ningún tipo de incentivo, además es importante mencionar que el estudio se lo ejecutó de conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki, elaborada por la Asociación Médica Mundial (AMM) y en la cual de manera introductoria se establece una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión

- Estar titulado como profesional para la medicina o enfermería.
- Encontrarse en situación activa.
- Firmar el consentimiento informado.
- Tener como mínimo 3 años de experiencia.

Criterios de exclusión

- No aceptar la participación dentro de este estudio.
- Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina.

2.5. Procedimiento

Se inició la investigación a través de una solicitud enviada por parte de la Coordinación de Titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja al director de la Casa de Salud Pública de la ciudad de Quito, a fin de que permita iniciar la recolección de datos requerida para el presente estudio, solicitud que fue autorizada previa el análisis del Consejo Académico y Docencia de esta Casa de Salud.

Posteriormente, se estableció los horarios en los cuales se aplicaría los diferentes instrumentos determinados para la investigación y la población a ser estudiada, previo conocimiento y explicación de las actividades y aplicación de las baterías que se utilizarían durante el presente trabajo.

De acuerdo con la muestra seleccionada se pudo realizar la respectiva entrevista con cada uno de los servidores públicos de la salud, inicialmente con la firma de autorización del consentimiento informado, así como también la explicación de los lineamientos correspondientes para llenar los seis instrumentos requeridos como herramientas de la investigación.

Luego de la aplicación de cada uno de los instrumentos establecidos, se efectuó la depuración de la información, a fin de descartar los formularios incompletos y poder trabajar con datos más exactos que arrojen los resultados requeridos.

Finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

2.6. Instrumentos

Los instrumentos que fueron utilizados para recolectar la información y que permitieron cumplir con los objetivos son:

- ***Cuestionario Sociodemográfico y laboral AD-HOC***

Es un cuestionario diseñado para la ejecución de esta investigación, mismo que tuvo como finalidad recolectar datos personales y laborales como: género, edad, estado civil, etnia, número de hijos, años de experiencia, salario que perciben, satisfacción laboral, entre otros que serán de utilidad en este estudio.

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

En lo que respecta al inventario de burnout de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa las tres dimensiones del burnout: a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo), b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral), c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo), este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

Este instrumento está constituido por 22 ítems: agotamiento emocional, compuesta por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización, compuesta por 5 ítems (5,10,11,15,22) y realización personal, compuesta por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del burnout se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

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

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

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

- ✓ Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- ✓ Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- ✓ Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- ✓ Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

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

- ✓ Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- ✓ Auto-distracción: Centrarse en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- ✓ Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- ✓ Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. Poder afrontarla.
- ✓ Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- ✓ Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- ✓ Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- ✓ Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- ✓ Replanteamiento positiva: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- ✓ Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- ✓ Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- ✓ Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- ✓ Religión: Refugio en espiritualidad.
- ✓ Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

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

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

- ✓ Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.
- ✓ Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.
- ✓ Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

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

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

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE DATOS

A través de los instrumentos aplicados al personal de profesionales de la salud que laboran en el área de anestesiología del Hospital participante en la investigación se obtuvo los siguientes resultados:

En este apartado se realizará la interpretación de la tabla 1: Características sociodemográficas de los profesionales de la salud, tabla 2: Características laborales de los profesionales de la salud y la tabla 3: Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	N	%
Sexo				
Hombre	5.0	27.8	0.0	0.0
Mujer	13.0	72.2	8.0	100.0
Edad				
<i>M</i>	45.4		30.6	
<i>DT</i>	10.7		2.7	
Max	67.0		35.0	
Min	33.0		26.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.0		1.0	
<i>DT</i>	1.1		0.5	
Max	3.0		2.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	18.0	100.0	7.0	87.5
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	1.0	12.5
Estado civil				
Soltero/a	7.0	38.9	4.0	50.0
Casado/a	9.0	50.0	3.0	37.5
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Unión libre	2.0	11.1	1.0	12.5

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Pavón, E.

De acuerdo con los datos obtenidos en la Tabla 1, referente a las características sociodemográficas de los profesionales de la salud se obtiene que con respecto al personal médico hay mayor presencia de mujeres con el 72%, mientras que los hombres con este perfil profesional está en el 27.8%. Por otro lado, en lo que corresponde a las enfermeras el 100% son mujeres. Así mismo, la edad promedio de los médicos es de 45.4%, denotando mayor edad que las enfermeras que tienen un promedio de 30.6%. El promedio de número de hijos en los médicos es de 1, similar promedio al de las enfermeras con un valor de 1.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0.0	0.0	2.0	25.0
1001 a 2000	0.0	0.0	6.0	75.0
2001 a 3000	18.0	100.0	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	14.4		6.0	
<i>DT</i>	8.8		3.3	
Max	33.0		12.0	
Min	5.0		2.0	
Sector en el que trabaja				
Público	16.0	88.9	8.0	100.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	2.0	11.1	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	1.0	12.5
Ocasional	1.0	5.6	4.0	50.0
Plazo fijo	1.0	5.6	0.0	0.0
Nombramiento	14.0	77.8	3.0	37.5
Servicios profesionales	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	2.0	11.1	0.0	0.0
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	3.3		8.8	
<i>DT</i>	0.7		9.6	
Max	5.0		30.0	
Min	3.0		2.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	6.0	33.3	0.0	0.0
Mediadamente	12.0	66.7	7.0	87.5
Poco	0.0	0.0	1.0	12.5
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	1.0	5.6	7.0	87.5
No	17.0	94.4	1.0	12.5

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Pavón, E.

La etnia predominante en el personal de médicos es la mestiza con un 100%, mientras en las enfermeras si bien predomina la mestiza con 87.5% existe un 12.5% de raza indígena. El estado civil predominante en los médicos es casado con un 50% seguido de soltero con un 38.9 % y unión libre con un 11.1%, porcentajes que difieren en el personal de enfermería donde su mayor porcentaje corresponde al 50% soltero, 37.5% casado y 12.5% en unión libre.

De acuerdo con las características laborales de los profesionales de la salud se determina que los ingresos mensuales de los médicos oscilan entre los 2001 a 3000

usd, con un 100%; mientras que las enfermeras están en los rangos de 0 a 1001 usd, con un porcentaje del 25% y de 1001 a 2000 con un 75%. Con respecto a la experiencia laboral la media en los médicos arrojó un resultado de 14.4 años y en las enfermeras una media de 6 años. El sector en el que trabajan los médicos es público con un 88.9% y privado con un 11.1%; mientras que las enfermeras el 100% labora en el sector público.

En lo referente al tipo de contrato con el que trabajan los profesionales de la salud, en la parte medica prevalece el contrato por nombramiento con 77.8%; mientras que en enfermeras el contrato ocasional con 50% y por nombramiento con 37.5%. Por otro lado, el número de pacientes atendidos por médicos está en una media de 3.3 por día con un máximo de 5 y un mínimo de 3 pacientes, y de enfermeras en un promedio de 8.8 pacientes con un mínimo de 2 y un máximo de 30 pacientes.

En lo correspondiente a los recursos institucionales que brinda la institución para la atención adecuada, el 66.7% de los médicos consideran que la provisión de recursos es medianamente adecuada y el 33.3% totalmente adecuada; mientras que el 87.5% de las enfermeras determinaron que la provisión de recursos es medianamente adecuada. En lo pertinente a turnos de trabajo, el 94.4% de los médicos no efectúan este tipo de trabajo, mientras que el 87.5% de las enfermeras realizan turnos de trabajo durante el día.

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	3	16.7%	1	12.5%
	Poco	5	27.8%	0	0.0%
	Bastante	8	44.4%	4	50.0%
	Totalmente	2	11.1%	3	37.5%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	6	33.3%	1	12.5%
	Poco	6	33.3%	1	12.5%
	Bastante	4	22.2%	3	37.5%
	Totalmente	2	11.1%	3	37.5%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	5	27.8%	3	37.5%
	Bastante	9	50.0%	4	50.0%
	Totalmente	4	22.2%	1	12.5%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	3	16.7%	2	25.0%
	Poco	9	50.0%	4	50.0%
	Bastante	5	27.8%	2	25.0%

	Totalmente	1	5.6%	0	0.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.6%	1	12.5%
	Bastante	4	22.2%	0	0.0%
	Totalmente	13	72.2%	7	87.5%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.6%	0	0.0%
	Bastante	7	38.9%	4	50.0%
	Totalmente	10	55.6%	4	50.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	2	11.1%	1	12.5%
	Poco	7	38.9%	5	62.5%
	Bastante	9	50.0%	2	25.0%
	Totalmente	0	0.0%	0	0.0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	1	12.5%
	Poco	4	22.2%	4	50.0%
	Bastante	10	55.6%	3	37.5%
	Totalmente	4	22.2%	0	0.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	1	5.6%	0	0.0%
	Poco	1	5.6%	3	37.5%
	Bastante	11	61.1%	2	25.0%
	Totalmente	5	27.8%	3	37.5%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	2	11.1%	0	0.0%
	Poco	10	55.6%	4	50.0%
	Bastante	5	27.8%	4	50.0%
	Totalmente	1	5.6%	0	0.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Pavón, E.

En la tabla 3 referente a la percepción del clima laboral de los profesionales de la salud, el 44.4% de los médicos se consideran como bastante valorados por sus pacientes; al igual que las enfermeras en un 50%.

En cuanto a cuan valorados se sientes por los familiares de los pacientes, el 33.3% de los médicos se consideran como poco y nada valorados, a diferencia del 37.5% de las enfermeras que se consideran totalmente y bastante valorados. En lo que respecta a la perspectiva de sus compañeros de profesión el 50% de los médicos y de las enfermeras se consideran bastante valorados. Así mismo, el 50% de los médicos y de las enfermeras se consideran muy poco valorados por los directivos de la institución.

El 72.2% de los médicos y el 87.5% de las enfermeras están totalmente satisfechos con el trabajo que realizan; así como también ambos grupos consideran una total satisfacción con la interacción con los pacientes, describiendo los médicos un 55.6% y las enfermeras un 50% de satisfacción de dicha interacción.

Por último, el 50% de los médicos está bastante satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución, en contraste con el 62.5% de las enfermeras que consideran como poco satisfecho este apoyo. En lo correspondiente a la satisfacción y colaboración entre compañeros de trabajo el 55.6% de los médicos consideran como bastante, mientras que el 50% de las enfermeras como poco. En cuanto a si están satisfechos con la valoración global de su experiencia profesional el 61.1% de los médicos se consideran bastante valorados por su experiencia, frente al 37.5% de las enfermeras que consideran una poca satisfacción al ser valorados por su experiencia. Para finalizar se evaluó, la satisfacción con su situación económica, donde el 55.6% y el 50% de los médicos y enfermedades respectivamente consideran poca satisfacción.

A continuación, se presenta el análisis correspondiente a la tabla 4 sobre los resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud y la tabla 5 donde se exponen los resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

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

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	2	11.1%	5	62.5%
	Medio	0	0.0%	3	37.5%
	Alto	16	88.9%	0	0.0%
Despersonalización	Bajo	11	61.1%	6	75.0%
	Medio	5	27.8%	2	25.0%
	Alto	2	11.1%	0	0.0%
Realización personal	Bajo	11	61.1%	4	50.0%
	Medio	6	33.3%	2	25.0%
	Alto	1	5.6%	2	25.0%

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

Elaborado por: Pavón, E.

En lo relacionado al inventario del Burnout y a fin de detallar porcentualmente los valores determinados en sus dimensiones, se determinó que el 88.9% de los médicos obtuvieron un valor alto de agotamiento emocional, mientras que el 62.5% de las enfermeras un valor bajo de agotamiento emocional. Por otro lado, se determinó que el 61.1% de los médicos y el 75% de las enfermeras obtuvieron bajos niveles de

despersonalización. Al mismo tiempo que el 61.1% de los médicos y el 50% de las enfermeras arrojaron niveles bajos de realización personal.

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	17	94.4%	8	100.0%
	Presencia	1	5.6%	0	0.0%

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

Elaborado por: Pavón, E.

De acuerdo con la información obtenida a través de la aplicación del MBI se encontró un caso con el síndrome de burnout en la muestra total de los médicos, que representa al 5.6% de la población total investigada. Mientras que en el personal de enfermería en base a los resultados finales ningún caso presentó el síndrome de Burnout.

En la tabla 6 se presentan los resultados sobre el malestar emocional de los profesionales de la salud.

Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	8	44.4%	5	62.5%
	Caso	10	55.6%	3	37.5%
Ansiedad	No caso	9	50.0%	4	50.0%
	Caso	9	50.0%	4	50.0%
Disfunción social	No caso	17	94.4%	8	100.0%
	Caso	1	5.6%	0	0.0%
Depresión	No caso	16	88.9%	8	100.0%
	Caso	2	11.1%	0	0.0%

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

Elaborado por: Pavón, E.

En lo referente a este tema se obtuvo que el 55.6% de los médicos y el 37.5% de las enfermeras presentaron síntomas somáticos. Por otro lado, la ansiedad prima con un 50% tanto en médicos como en enfermeras estudiados en el presente trabajo. Así mismo la disfunción social analizada refleja el 5.6% en los médicos, mientras que en el personal de enfermería no presenta ningún caso. Finalmente, en cuanto a casos de depresión se determina una prevalencia del 11.1% en los médicos, en relación con las enfermeras donde no se presentan casos de depresión.

A continuación, en la tabla 7, se presentan las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud:

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

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a en			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2.0	1.7	6.0	.0	2.5	2.3	5.0	.0
Afrontamiento activo	2.4	2.4	6.0	.0	2.6	2.4	6.0	.0
Negación	.8	1.4	4.0	.0	.6	.9	2.0	.0
Uso de sustancias	.1	.2	1.0	.0	.0	.0	.0	.0
Apoyo emocional	.9	1.6	5.0	.0	.3	.7	2.0	.0
Apoyo instrumental	1.5	1.6	5.0	.0	.9	.8	2.0	.0
Retirada de comportamiento	.8	1.3	4.0	.0	.7	.9	2.0	.0
Desahogo	1.2	1.6	6.0	.0	.8	1.2	3.0	.0
Replanteamiento positivo	1.3	1.8	4.0	.0	1.6	1.2	3.0	.0
Planificación	1.8	2.2	6.0	.0	2.0	1.6	5.0	.0
Humor	1.0	1.8	5.0	.0	.5	.8	2.0	.0
Aceptación	2.4	2.5	6.0	.0	1.3	1.2	3.0	.0
Religión	1.7	1.8	6.0	.0	1.6	1.3	4.0	.0
Culpa de si mismo	1.2	1.7	6.0	.0	1.0	1.2	3.0	.0

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

Elaborado por: Pavón, E.

De acuerdo con los resultados obtenidos, las estrategias de afrontamiento ante el síndrome de burnout y consideradas las más sobresalientes en promedio corresponden a auto distracción (2.0), afrontamiento activo (2.4), planificación (1.8) y aceptación (2.4),

en el grupo de los médicos; mientras que en las enfermeras las estrategias con mayor promedio fueron auto distracción (2.5), afrontamiento activo (2.6) y planificación (2.0).

En este apartado se realizará la interpretación de la Tabla 8, relacionada a la percepción del apoyo social de los profesionales de la salud, a través de la comparación de las medias más altas de cada variable.

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	79.3	19.2	100.0	25.0	68.1	24.1	100.0	40.0
Apoyo instrumental	74.4	22.7	100.0	20.0	64.4	29.0	100.0	30.0
Relaciones sociales	81.9	18.7	100.0	25.0	78.8	18.7	100.0	55.0
Amor y cariño	84.8	19.6	100.0	26.7	85.8	19.0	100.0	53.3

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

Elaborado por: Pavón, E.

En torno a los resultados obtenidos de la percepción del apoyo social se pudo determinar que la variable de amor y cariño arroja una media más alta con un 84.8% en el grupo de médicos y un 85.8% en el personal de enfermería investigados, siendo esta variable la más representativa con relación a las otras variables de apoyo social.

A continuación, se realizará la interpretación de la Tabla 9, sobre los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

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

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1.5	1.6	4.0	.0	1.3	1.4	4.0	.0
Extroversión	4.0	1.8	6.0	.0	4.0	2.1	6.0	.0
Psicoticismo	1.6	.7	3.0	.0	1.8	.7	3.0	1.0

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

Elaborado por: Pavón, E.

El rasgo de la personalidad con una media más alta en el grupo de médicos fue el de extroversión con 4.0, seguido de psicoticismo con 1.6 y neuroticismo con 1.5. En el grupo de las enfermeras el de extroversión con una media de 4.0, seguido de psicoticismo con 1.8 y neuroticismo con una media de 1.3.

En el siguiente apartado se realizará la interpretación de la Tabla 10, donde se presenta la correlación entre burnout y sus dimensiones con la edad de los investigados.

Tabla 10. Correlaciones entre burnout y sus dimensiones con edad

	Edad		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Burnout	.520**	.006	26
Agotamiento emocional	.540**	.004	26
Despersonalización	.052	.800	26
Realización personal	.157	.443	26

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

Elaborado por: Pavón, E.

En la tabla 10 se determina que existe una correlación significativa entre edad y burnout, $r(26) = .520$, $p = .006$, lo cual significa que a mayor puntaje en edad mayor es el burnout. Así mismo se evidencia una correlación significativa entre la edad y el agotamiento emocional, $r(26) = .540$, $p = .004$, lo que indica a mayor edad mayor agotamiento emocional. Por último, se determina que no existe una correlación significativa entre la edad y la despersonalización y realización personal.

CAPITULO IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A fin de presentar una interpretación y análisis adecuado de la investigación del síndrome de burnout en el personal de profesionales de la salud que laboran en el área de anestesiología de una casa de salud pública de la ciudad de Quito, se describe en el presente capítulo la discusión de los resultados obtenidos anteriormente y que permite determinar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización) y la relación con la edad en profesionales de la salud a través de los instrumentos aplicados.

De ahí que de acuerdo con las variables sociodemográficas del grupo investigado el objetivo principal constituyó determinar las características en cuanto al sexo, edad, número de hijos, etnia y estado civil de los encuestados, donde se determinó que el género que predomina en el área de anestesiología tanto en médicos con un 72% y enfermeras con un 100% corresponde al sexo femenino. Datos y tendencias que concuerdan con el estudio realizados en la misma casa de salud por Barbecho y Ochoa (2013) con respecto a prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del servicio de emergencias, donde el 94.3% pertenecen al género femenino.

En cuanto a la edad promedio del grupo investigado, oscila entre los 30.6 a 45.4 años, determinándose que dichos rangos comprenden a la edad productiva de la población ecuatoriana, de acuerdo con lo establecido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2013), en el cual se menciona que en el Ecuador la edad productiva está comprendida entre los 25 a 45 años. Por otro lado, es importante resaltar que en los resultados obtenidos el porcentaje de promedio de mayor edad corresponde al personal de médicos y de menor edad al grupo de enfermeras.

Con respecto al promedio de número de hijos de los grupos investigados prevalece el de un solo hijo/a en ambos grupos, considerando este como un valor menor en relación con el INEC (2010), en la cual la tasa global de fecundidad urbana es de 2.2 hijos. La etnia predominante es la de mestizo concordante con lo determinado por el INEC (2010) a nivel nacional en la que el 72.6% de hombres y el 71.3% de las mujeres pertenecen a esta etnia. El estado civil predominante en los médicos es el de casado, seguido de soltero y unión libre, a diferencia de los porcentajes conseguidos por el grupo de enfermeras donde predomina el estado civil soltero y posterior el de casado, lo que implicaría que el personal de médicos poseen un tipo de familia biparental a diferencia del tipo familia que se presenta en las enfermeras que en su mayoría monoparental;

cabe destacar que los resultados obtenidos con el grupo de enfermeras son similares en su tenencia a los presentados por Barbecho y Ochoa (2013), donde el porcentaje de estado civil que impera en este grupo es el de soltero, seguido por el de casado.

Con respecto a las características laborales de los profesionales de la salud se determina que los ingresos mensuales del total del grupo de médicos investigados oscilan entre los 2001 a 3000 usd, mientras que las enfermeras están en los rangos de 0 a 1001 usd. Rangos dados de acuerdo con los niveles de responsabilidad y categorización establecidos por el Ministerio de Trabajo, por lo que los médicos tienen una escala salarial mucho más alta que las enfermeras.

En la experiencia laboral se determina en el grupo de los médicos promedios más altos, debido al tiempo de trabajo en su cargo, a diferencia del grupo de enfermeras donde este promedio en años es menor, resultados similares a los obtenidos en el estudio de Barbecho y Ochoa (2013), en el que consta un alto porcentaje del personal de enfermeras que tienen una experiencia de trabajo entre 2 a 5 años. Así mismo, se determinó que el sector de trabajo predominante en los médicos es el sector público considerando que el Hospital pertenece al Estado y un mínimo porcentaje que se encontrarían en los sectores privado y público; mientras que las enfermeras en su totalidad solo laboran en el sector público y por consiguiente su única actividad laboral es en esta casa de salud. Por otro lado, el tipo de contrato que prevalece en la parte medica en su mayoría es por nombramiento, mientras que en el grupo de enfermeras predomina el contrato ocasional seguido por el contrato por nombramiento, cabe destacar que estas características de contrato son muy comunes por encontrarse laborando en un hospital público.

En lo correspondiente al número de pacientes atendidos por parte del grupo de médicos, se obtuvo que es menor en relación a los pacientes atendidos por el grupo de enfermeras, resultados que están dados en función de las actividades y responsabilidades propias de los grupos de profesionales de la salud investigado, cabe señalar que se determina en los estudios realizados por Barbecho y Ochoa (2013) valores similares en relación al grupo de las enfermeras, en donde impera la atención promedio por parte de este grupo a un número entre 5 a 10 pacientes.

En los recursos institucionales que brinda la institución un alto porcentaje de los médicos y de las enfermeras investigadas consideran como medianamente el aporte de los recursos institucionales, porcentajes dados por la falta de recursos que las casas de salud públicas poseen, siendo un factor preponderante el limitado presupuesto que se aprueba para las instituciones estatales. En lo referente a turnos de trabajo prácticamente el total de los médicos no lo realizan, al contrario del grupo de las enfermeras que en su mayoría realizan turnos de trabajo, tal como lo estableció los estudios realizados por Barbecho y Ochoa (2013), donde se señala que el 100% de las enfermeras trabajan 12 horas por turnos establecidos, y que de acuerdo a lo descrito por Gil Monte (2003), este tipo de roles en el trabajo pueden convertirse en estresores que incidan como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo.

Referente a la percepción de cuan valorado se sienten los profesionales de la salud investigados por parte de sus pacientes, la mitad de los médicos y de las enfermeras lo consideraron con una valoración alta, lo que implica una interrelación aceptable entre los pacientes y el personal de salud. En cuanto a la valoración por parte de los familiares de los pacientes hacia los grupos investigados, los médicos consideraron dicha valoración como baja, mientras que las enfermeras establecieron una valoración muy alta con respecto a esta temática, determinándose un contraste como resultado entre ambos grupos, donde se denota una interrelación positiva por parte de las enfermeras hacia los familiares de los pacientes y que de acuerdo a lo señalado por Gil Monte (2003), quien asevera que los conflictos interpersonales que puedan presentarse con las personas consideradas como pacientes generan características propias de las profesiones relacionadas con la salud y que influyen en los sentimientos de quemarse en el trabajo o en el apareamiento del Síndrome de Burnout, por lo que se debe considerar de mucha valía la valoración que dan los pacientes a la atención brindada por parte de los médicos o personal de salud.

En lo concerniente a la valoración percibida por sus compañeros de profesión en relación a la labor que desempeña la población de estudio, la mitad de cada grupo investigado lo consideraron bastante alta y en relación a la valoración que perciben por parte de los directivos de la institución, al trabajo realizado como profesionales de la salud, la mitad de cada grupo lo determinan con una valoración baja, resultado que se debe considerar como factores que pueden aumentar los niveles del síndrome estudiado y que de acuerdo a Gil Monte (2003), recae en el plano de las relaciones interpersonales, ya sea con usuarios y compañeros de igual o diferente categoría, mismas que pueden

ser tensas, conflictivas y prolongadas aumentando los sentimientos de quemarse en el trabajo.

En lo referente a la satisfacción con el trabajo que realizan, se obtuvieron altos porcentajes de aceptación tanto en el grupo de los médicos como de las enfermeras, situación que determina la motivación laboral que tienen en su mayoría los grupos encuestados al momento de desempeñar su profesión. Según, Gil Monte (2003), la variable de la satisfacción la establece a nivel del individuo como una relación directa a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse en el trabajo y considerando los resultados de la investigación presente, se determina que la satisfacción obtenida disminuye la probabilidad de convertirse en un factor potenciador para el apareamiento del síndrome de Burnout.

En lo correspondiente a la valoración que determina los niveles de satisfacción con relación a la interacción con los pacientes, se obtuvo que la mitad de los grupos investigados tanto de médicos como de enfermeras prevalecía una percepción de satisfacción total, lo cual de acuerdo a lo expresado por Gil Monte (2003), dependiendo del nivel de satisfacción a través de las relaciones dadas con los pacientes, pueden generarse fenómenos que influyan en los sentimientos de quemarse en el trabajo.

En lo referente a la satisfacción con el apoyo brindado por parte de los directivos, la colaboración entre compañeros de trabajo, la valoración global de su experiencia profesional y su situación económica, se determinó una percepción bastante baja, tanto de médicos como en enfermeras, lo cual en relación con lo descrito por Gil Monte (2003), puede considerarse como falta de ajuste de la organización a su estructura que sean consecuencias para generar el síndrome de quemarse en el trabajo.

En lo relacionado a los resultados obtenidos en la dimensión de agotamiento emocional los médicos presentaron valores altos de agotamiento, mientras que las enfermeras valores bajos, resultados que son similares con respecto al estudio realizado al personal de enfermería por parte de Barbecho y Ochoa (2013), en el que este grupo investigado presentó menores niveles de agotamiento emocional.

Por otro lado, con respecto al agotamiento emocional.

Se entiende la situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, indigentes, alumnos, etc.). (Gil Monte, 2003, p.21, 22)

De acuerdo con dicha afirmación los médicos debido a su rol profesional que implica mayor asistencia y responsabilidad en el área de salud tienden a ser más propensos a este tipo de agotamiento.

En los resultados determinados en la dimensión de despersonalización, tanto en médicos como en enfermeras se obtuvieron valoraciones bajas, resultados que concuerdan con los obtenidos durante el estudio realizado al personal de enfermería efectuado en la misma casa de salud por parte de Barbecho y Ochoa (2013), en el cual la despersonalización presentó valoraciones bajas. De acuerdo con lo descrito por Gil Monte (2003), la despersonalización se presenta a través del desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, lo que implica que en el presente estudio los profesionales de la salud investigados no observan de forma deshumanizada a los pacientes y por consiguiente no se presenta este endurecimiento afectivo.

En los resultados determinados en la dimensión de realización personal, tanto en médicos como en enfermeras se presentaron valoraciones bajas, siendo opuestos a los resultados obtenidos por Barbecho y Ochoa (2013), en los cuales el porcentaje obtenido por parte del personal de enfermería investigado fue de valoraciones altas. De acuerdo con lo descrito por Gil Monte (2003), la realización personal aparece como la tendencia a evaluarse negativamente, de igual forma su trabajo y a las personas que atienden, por lo que en la presente investigación la percepción sería contraria a esta descripción por cuanto la tendencia fue de contentamiento consigo mismo y con sus resultados laborales.

Por la información obtenida a través de la aplicación del MBI se obtuvo un solo caso de presencia de burnout en el grupo de médicos representado en un 5.6% de la muestra total, a diferencia del personal de enfermería estudiado donde no se presentó ningún

caso. Por otro lado, y en comparación con los estudios efectuados por Barbecho y Ochoa (2013), donde se determinó dos casos con presencia de Burnout en el personal de enfermería, lo que implica una disminución a la actualidad del apareamiento de este síndrome.

En lo referente a la valoración del malestar emocional de los profesionales de la salud investigados se obtuvo que hay una mayor presencia de síntomas somáticos tanto en médicos como en enfermeras, en contraste con lo obtenido por Bermúdez (2013) en los estudios realizados a personal de médicos del Hospital de SOLCA – Quito, donde los resultados de síntomas somáticos son de niveles bajos, lo que conlleva a tomar muy en cuenta lo descrito por Gil Monte (2003), el cual detalla las consecuencias nocivas para la salud cuando los niveles de los síntomas somáticos son altos, presentando alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos y otras.

Por otro lado, la ansiedad prima en la mitad de los dos grupos de profesionales estudiados, datos que son similares a los obtenidos por parte de Bermúdez (2013), en los cuales los niveles de ansiedad de los médicos estudiados están en la media del grupo investigado, de ahí que de acuerdo a los estudios efectuados por Gil Monte (2003), hace gran referencia a que el agotamiento emocional puede generar ansiedad en los trabajadores de la salud provocando situaciones de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales debido al contacto diario con personas a las que atienden como parte de su trabajo.

En lo correspondiente a la disfunción social y la depresión se refleja porcentajes muy bajos en los médicos, mientras que en las enfermeras no se presentan ningún caso, a diferencia de lo descrito por Bermúdez (2013), donde los médicos investigados no presentan ningún caso de disfunción social. En este punto Gil Monte (2003), determina que la disfunción social puede abocar el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como es el caso del cinismo, dirigido hacia aquellas personas que utilizan los servicios de salud.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados de salud mental obtenidos, no se observa un desarrollo en síntomas somáticos; ansiedad / insomnio; disfunción social y depresión

severa, que puedan generar cuadros de angustia a corto plazo o trastornos psiquiátricos, prevaleciendo en estos resultados el bienestar psicológico sobre el malestar emocional. Lo que concuerda con lo descrito por Sterling (2011), que describe el test salud mental (GHQ-28), como un instrumento para valorar el malestar emocional, tal cual se da en el presente estudio, y determinar riesgos que puedan generar trastornos psiquiátricos.

En los resultados obtenidos con respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de la salud, las más sobresalientes en el grupo de los médicos corresponden a auto distracción, afrontamiento activo, planificación y aceptación, mientras que en el grupo de las enfermeras las estrategias de afrontamiento con mayor promedio fueron auto distracción, afrontamiento activo y planificación.

Determinándose en primera instancia que los dos grupos de profesionales utilizan similares estrategias que pueda reducir cualquier síntoma previo a desencadenar el síndrome de Burnout. Por otro lado, de acuerdo con los estudios realizados por Bermúdez (2013), determinó que en el personal de médicos del Hospital de SOLCA, las estrategias de afrontamiento más utilizadas son desahogo, replanteamiento positivo y planificación, estrategias totalmente diferentes en relación a las del presente estudio. Así mismo y con respecto a estas estrategias, Gil Monte (2003), puntualizó la importancia de la intervención a través de programas de socialización anticipada previniendo el choque con la realidad y sus consecuencias, permitiendo desarrollar estrategias constructivas que permitan enfrentar expectativas irreales y que dentro de la investigación efectuada mejoraría la aplicación de las estrategias de afrontamiento.

De acuerdo con los resultados obtenidos en cuanto a la percepción de apoyo social en los profesionales de salud, tanto en el grupo de médicos como de las enfermeras se presentaron los porcentajes más altos en la percepción de amor y cariño, similar resultado a lo obtenido por Bermúdez (2013), en donde el personal de médicos del Hospital de SOLCA percibe al amor y cariño con mayor importancia como parte del apoyo social. Así mismo Gil Monte (2003), considera el apoyo social como parte del equilibrio emocional de los profesionales de la salud, y que los detalla como parte de las estrategias de intervención a nivel grupal resaltando el trabajo por parte de los compañeros y supervisores y mediante el cual se puede obtener y/o mejorar habilidades ya existentes para alcanzar el apoyo emocional requerido dentro de la organización.

En lo referente al rasgo de la personalidad se determinó tanto en el grupo de médicos, como de enfermeras que la media más alta se encuentra en el rasgo de la extroversión, al igual que los resultados obtenidos por Bermúdez (2013); este rasgo predominante en la investigación determina que existe una interacción mucho más dinámica de los profesionales de la salud con los pacientes, directivos y compañeros, disminuyendo el apareamiento de factores que puedan desencadenar el Burnout. De ahí que Moreno, Gonzales y Garrosa (2001), en lo relacionado a rasgos de la personalidad, determinan a través de estudios una relación conjunta entre el enfoque del burnout y de la personalidad resistente (se considera a esta personalidad como un concepto multidimensional de tres componentes: compromiso, control y reto), donde esta personalidad de forma sistemática actúa globalmente y mediante sus dimensiones o componentes disminuye los niveles globales de burnout, así como también los efectos que puedan generarse a través de este síndrome.

Por último, en los resultados obtenidos durante la presente investigación, se determinó que existe una correlación significativa entre la edad y el burnout, debido a que se demuestra que a mayor edad la probabilidad de apareamiento del síndrome de burnout aumenta. Así mismo se evidencia en los resultados finales una correlación muy similar entre la edad y el agotamiento emocional, dado esto a que a mayor edad del profesional de la salud se presenta mayor agotamiento emocional.

Para finalizar, se determinó que no existe una correlación significativa que represente que a mayor o menor edad afecte o influya a la despersonalización y realización personal. Resultados que difieren de lo establecido por Maslach (citado por Álvarez y Fernández, 2001), el cual establece una correlación entre la edad y el burnout y la enmarca en el grupo de variables personales, donde establece que la edad del profesional tiene una relación con la cantidad de experiencia, es decir mientras más años de experiencia acumula, adquiere mayor seguridad en tareas laborales y es menos vulnerable a la tensión laboral y por consiguiente al Burnout.

CONCLUSIONES

Se determinó dentro del estudio sociodemográfico que las características de la población de profesionales de la salud que fueron estudiados son muy variables en cuanto a edad, número de hijos y estado civil, así como también una predominancia en cuanto al género femenino y la etnia de raza mestizo.

Se estableció que, en lo referente al síndrome de burnout en sus tres dimensiones, en el agotamiento emocional se presenta una diferenciación de resultados en los valores obtenidos entre la población de médicos y la población de enfermeras, debido a que en la primera población se obtiene resultados de un mayor agotamiento que en la segunda población, pero en lo correspondiente a las dimensiones de despersonalización y baja realización personal, los porcentajes obtenidos en ambas poblaciones investigadas son bajos, situación por la cual no son resultados influyentes, así como también de acuerdo a los valores obtenidos se llegó a determinar un solo caso de Burnout en el grupo de médicos.

Se presentó porcentajes elevados en las variables de síntomas somáticos y de ansiedad en los grupos de médicos y enfermeras participantes de la investigación, en lo referente al factor de malestar emocional estudiado.

Se comprobó que los modos de afrontamiento más utilizados por los profesionales de la salud investigados son la auto distracción, afrontamiento activo y planificación como medida paliativa ante el síndrome de Burnout.

Se alcanzó como resultado, que la principal percepción de apoyo social en los grupos de médicos y enfermeras estudiados es la variable de amor y cariño, misma que presento una mayor prevalencia en ambos grupos.

Se evidenció que el rasgo a la personalidad que predomina en los grupos de médicos y enfermeras estudiados es la extroversión.

Se probó que no existe una correlación significativa que represente que a mayor o menor edad esta afecte o influya en el apareamiento y desarrollo del síndrome de Burnout, en los profesionales de salud de un hospital público de la ciudad de Quito.

RECOMENDACIONES

Se debe profundizar en un levantamiento más exhaustivo de clima laboral que permita medir y arrojar resultados del ambiente organizacional que existe en el Hospital y que pueda ser empleado como una herramienta de prevención ante el apareamiento del síndrome de Burnout, así como también de mejora continua para alcanzar niveles de excelencia desde los profesionales de la salud como puntal fundamental de la organización.

Impulsar a través de talleres y conferencias las estrategias de afrontamiento más sobresalientes de tal manera que se pueda reducir en los profesionales de la salud del Área de Anestesiología, factores que puedan desencadenar el síndrome de Burnout.

Establecer mecanismos que mejoren sustancialmente el apoyo social que reciben médicos y enfermeras, especialmente en aquellos factores que pueden ser influenciados y controlados directamente por el Hospital, como es el caso del apoyo emocional, apoyo instrumental y las relaciones sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Gallego, E. & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* vol. 11, 14, 15. Recuperado de <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>
- Bermúdez Sánchez, L. (2013) *Identificación del Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital SOLCA, Núcleo de Quito en las unidades médicas de Radioterapia, Oncología Clínica, Pediatría, Cirugía Oncológica y Psiquiatría durante el año 2012*. Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Ecuador.
- Carlin, M. & Garcés de los Fayos, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Revista Anales de Psicología*, vol. 26, 169-180. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/167/16713758020/>
- De Oliveira Gildasio, S., Chang, R., Fitzgerald, P., Almeida Marcela, D., Ahmad, S. & McCarthy, R. (2013). The Prevalence of Burnout and Depression and Their Association with Adherence to Safety and Practice Standards: A Survey of United States Anesthesiology Trainees. *Revista Anesthesia & Analgesia*, vol. 117, 182–193. Recuperado de http://journals.lww.com/anesthesiaanalgesia/Abstract/2013/07000/The_Prevalence_of_Burnout_and_Depression_and_Their.29.aspx.
- Díaz Bambula, F. & Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Revista Psicología desde el Caribe*, vol. 33, 115. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>.
- Gil Monte, P. (2011). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la

intervención. Revista Psicología Científica.com. Vol. 3, Recuperado de <http://psicopediahoy.com/burnout-t>

Ministerio de Salud Pública (2017). Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Recuperado de <http://hee.gob.ec>

Mamani Encalada, A., Obando Zegarra, R., Uribe Malca, A. & Vivanco Tello M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería, vol. 3, 52-53. Recuperado de <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/543/415>

Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Revista Vivat Academia, vol. 112, 6-7. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. Revista Ciencia & Trabajo. Fundación Científica y Tecnología. Vol. 32, 38-39. Recuperado de <http://190.98.232.14/cyt/EdicionesAnteriores/Volumen%2032.8>

Quiceno Japcy, M. & Alpi Stefano, V. (2007). Síndrome de Quemarse en el trabajo (sq). Acta Colombiana de Psicología 10, Universidad de San Buenaventura, 117-125, Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a12.pdf>

Sterling, M. (2011). General Health Questionnaire GHQ-28. Revista Journal of Physiotherapy, The University of Queensland, Australia vol 57, 259. Recuperado de [http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553\(11\)70060-1/pdf](http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553(11)70060-1/pdf)

Trabajo de titulación (2017). Universidad Técnica Particular de Loja. Entorno virtual de aprendizaje. Recuperado de <http://rsa.utpl.edu.ec/evaec/course/view.php?id=63281>

Trucco Burrows, M. (2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo: Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. Revista Ciencia & Trabajo vol. 14, 186-187. Recuperado de http://m.proyectoaraucaria.cl/documentos/20070904090911estres_salud_mental_trabajo.pdf

ANEXOS

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; (1986). Seisdedos,(1997). Recuperado <http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf>
Anexo 2.3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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.centrodesaluddebollos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollos.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 abraze.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

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

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

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

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

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