



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

La Universidad Católica de Loja

## **ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**El burnout en profesionales de la salud. Estudio realizado en una institución de salud privada, ubicada en el centro-norte de Quito, en el año lectivo 2017.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Almeida Hayek, Pedro

DIRECTORA: Sánchez León, Carmen Delia, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO TUMBACO-QUITO

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

Doctora

Carmen Delia Sánchez León

### DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **El burnout en profesionales de la salud. Estudio realizado en una institución de salud privada, ubicada en el centro-norte de Quito, en el año lectivo 2017**, realizado por Pedro Almeida Hayek, ha sido orientado y revisado, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, marzo de 2018

f).....

Dra. Carmen Delia Sánchez León

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Pedro Almeida Hayek**, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: **“El burnout en profesionales de la salud. Estudio realizado en una institución de salud privada, ubicada en el centro-norte de Quito, en el año lectivo 2017”**, de la Titulación de Psicología, siendo la Dra. Carmen Delia Sánchez León director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.....  
Autor...Pedro Almeida Hayek  
Cédula...**1715958128**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Jorge y Gabriela y a mi hermana Andrea, por el apoyo constante durante todo este tiempo caminado en el conocimiento de uno mismo.

Pedro Almeida

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres y a mi hermana, por la familia que somos y la seguridad brindada durante todos estos años de lucha dentro del mundo académico para lograr triunfarlo.

A mi maestra y guía espiritual María Shiqui, por sus enseñanzas en los misterios sagrados de la vida y la sanación. A los Apus, las montañas sagradas de los Andes y las plantas maestras, quienes me han enseñado la humildad, la entrega, el respeto y la paciencia. En fin, a todas aquellas personas que de una u otra manera han influido de manera positiva y negativa en mi vida, porque de todo camino se aprende en esta escuela que es la vida.

Pedro Almeida

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|                                                                  |       |
|------------------------------------------------------------------|-------|
| CARÁTULA.....                                                    | i     |
| CERTIFICACIÓN.....                                               | ii    |
| DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....                 | iii   |
| DEDICATORIA.....                                                 | iv    |
| AGRADECIMIENTO.....                                              | v     |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS.....                                        | vi    |
| RESUMEN EJECUTIVO.....                                           | 1     |
| ABSTRACT.....                                                    | 2     |
| INTRODUCCIÓN.....                                                | 3     |
| <br>CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO                                    | <br>6 |
| <br>1.1. Conceptualización del burnout                           | <br>7 |
| 1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970                       | 7     |
| 1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980                       | 8     |
| 1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990                       | 9     |
| 1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000                      | 10    |
| 1.1.5. Definiciones de las décadas del 2000 hasta la actualidad  | 11    |
| 1.2. Desarrollo y fases del burnout                              | 12    |
| 1.2.1. Gomembiewski, Munzenrider y Carter (1983)                 | 12    |
| 1.2.2. Leiter y Maslach (1988)                                   | 12    |
| 1.2.3. Leiter (1993)                                             | 13    |
| 1.2.4. Lee y Ashforth (1993)                                     | 14    |
| 1.2.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)                       | 14    |
| 1.3. Consecuencias del burnout                                   | 15    |
| 1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud    | 15    |
| 1.3.1.1. Nivel físico                                            | 15    |
| 1.3.1.2. Nivel psicológico                                       | 15    |
| 1.3.1.3. Nivel conductual                                        | 16    |
| 1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud  | 17    |
| 1.3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud  | 17    |
| 1.4. Modelos explicativos del burnout                            | 18    |
| 1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva            | 18    |
| 1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison                | 18    |
| 1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss                      | 19    |
| 1.4.1.3. Modelo de Pines                                         | 19    |
| 1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper        | 19    |
| 1.4.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social | 21    |
| 1.4.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli       | 21    |
| 1.4.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy   | 22    |
| 1.4.3. Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional         | 23    |
| 1.4.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Muzenrider y Carter    | 23    |

|                               |                                                                                |    |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.4.3.2.                      | Modelo de Winnubst                                                             | 24 |
| 1.4.3.3.                      | Modelo de Cox, Kuk y Leiter                                                    | 25 |
| 1.4.4.                        | Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo                | 26 |
| 1.4.4.1.                      | Modelo tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson)                           | 26 |
| 1.4.4.2.                      | Modelo de Edelwich y Brodsky                                                   | 28 |
| 1.4.4.3.                      | Modelo de Price y Murphy                                                       | 29 |
| 1.4.5.                        | Modelo de la Teoría Estructural                                                | 30 |
| 1.4.5.1.                      | Modelo de Gil-Monte                                                            | 30 |
| CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA       |                                                                                | 34 |
| 2.1.                          | Objetivos                                                                      | 35 |
| 2.1.2.                        | Objetivos específicos                                                          | 35 |
| 2.2.                          | Preguntas de investigación                                                     | 35 |
| 2.3.                          | Contexto de la investigación                                                   | 35 |
| 2.4.                          | Diseño de la investigación                                                     | 36 |
| 2.5.                          | Muestra                                                                        | 36 |
| 2.6.                          | Procedimiento                                                                  | 37 |
| 2.7.                          | Instrumentos                                                                   | 38 |
| 2.7.1.                        | Cuestionario Sociodemográfico y laboral                                        | 38 |
| 2.7.2.                        | Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS)                                     | 38 |
| 2.7.3.                        | Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28)                                          | 39 |
| 2.7.4.                        | Escala Multidimensional de Evaluación de estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) | 40 |
| 2.7.5.                        | Cuestionario MOS de apoyo social                                               | 41 |
| 2.7.6.                        | Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)                      | 41 |
| CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS |                                                                                | 43 |
| CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN         |                                                                                | 52 |
| CONCLUSIONES                  |                                                                                | 58 |
| RECOMENDACIONES               |                                                                                | 59 |
| BIBLIOGRAFÍA                  |                                                                                | 61 |
| ANEXOS                        |                                                                                | 63 |

## RESUMEN

Constantemente, los profesionales de la salud tienen que hacer frente a situaciones diversas, muchas de ellas relacionadas con la salud de los pacientes a quienes atienden y la de ellos mismos, por lo cual, es común que dentro de las instituciones de salud que brindan servicios a la sociedad, los profesionales de estos lugares presenten síntomas de estrés laboral dentro de una constelación de síntomas que generan un síndrome conocido como burnout. “El burnout en profesionales de la salud”, fue un estudio realizado en una institución de salud privada ubicada en la ciudad de Quito. La muestra invitada fue de 20 médicos y 20 enfermeras/os. Se concluyó que en la muestra investigada no existió presencia del síndrome de Burnout, aunque pocos integrantes de la muestra presentan niveles elevados de Agotamiento Emocional y Despersonalización así como bajos niveles de Realización Personal. El tipo de metodología utilizada para levantar la información pertinente al tema, fue de tipo exploratorio, pero con características al mismo tiempo de una investigación descriptiva y correlacional. El enfoque del estudio fue de tipo cuantitativo, ya que la investigación fue estructurada de manera sistemática.

**PALABRAS CLAVES:** burnout, estrés laboral, síntomas, muestra, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, metodología, correlacional, cuantitativo.

## **ABSTRACT**

Permanently, the health professionals have to face a variety of situations related with their patients health and also with their own health. Because of this, inside the health institutions is common that the health professionals who work here present some symptom related to the stress, creating this way a syndrome called burnout. "The burnout in health professionals" was an study that took place in a private health institution located in Quito. The sample of the current study was of 20 doctors and 20 nurses. After the study, it was concluded that the sample didn't show presence of burnout syndrome, however, few subjects of the sample did show high levels of exhaustion, alienation and reduce performance. The method used to rise up the information needed was exploratory in its essence, but with descriptive and correlational characteristics. Because the study was structured systematically, the focus of it was quantitative.

**KEY WORDS:** health, burnout, symptom, stress, syndrome, study, sample, exhaustion, alienation, reduce performance, method, exploratory, correlational, quantitative.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio, tuvo como objetivo principal determinar la presencia de burnout en profesionales de la salud de una institución de salud privada, ubicada en el centro-norte de la ciudad de Quito durante el año 2017. Mediante una serie de baterías y test, se evaluó el estado físico, emocional y social de los participantes de la muestra. La muestra consistió en 20 médicos y 20 enfermeras/os que prestan sus servicios a la institución de salud. Se inicia este estudio con una explicación sobre lo que es el término de Burnout, dentro de lo que es el marco teórico del presente estudio. En el mismo apartado, se desarrolla una explicación, de manera sintetizada, sobre los principales investigadores y estudiosos del tema a lo largo de los últimos 40 años aproximadamente, que ha sido el tiempo en el cual se ha desarrollado el término de burnout y durante el cual se han sucedido una serie de investigaciones sobre este síndrome, que en sus inicios se creyó que afectaba únicamente a los profesionales de la salud, pero con el paso del tiempo y las distintas investigaciones realizadas a nivel mundial sobre el tema en cuestión, se ha logrado determinar que este síndrome puede afectar a cualquier persona que tenga algún tipo de responsabilidad profesional. Claro está que la presente investigación se basó específicamente en profesionales de la salud, tal como se explicó al inicio. Se continúa en el marco teórico con una exposición sobre las diferentes teorías que hay sobre el burnout, así como las características y consecuencias de este síndrome, tanto para los profesionales de la salud como para los compañeros de trabajo y familiares de ellos. Para la recolección de la información pertinente al estudio, existieron ciertos requisitos que debían cumplir los participantes de la muestra. Entre esos requisitos eran ser profesional de medicina o enfermería, estar en servicio activo, tener por lo menos de 3 a 5 años de experiencia laboral y firmar el consentimiento informado.

Junto al desarrollo del marco teórico, que como se explicó, analiza las distintas propuestas que hay sobre el burnout así como las variables asociadas al síndrome, se procedió a levantar la información necesaria mediante la aplicación de una serie de 6 cuestionarios o baterías, en donde se recopiló información de tipo sociodemográfica y social mediante el Cuestionario Sociodemográfico y laboral, se recogió información sobre la prevalencia de burnout y sus variables asociadas mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), se determinó prevalencia o existencia de síntomas relacionados a la salud mental mediante el Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), se evaluó los estilos de afrontamiento de los miembros de la muestra mediante la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilo de Afrontamiento (BRIEF-COPE). Finalmente se aplicó el Cuestionario MOS de apoyo social y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Posterior al Marco Teórico se analizan los resultados obtenidos de la aplicación de las distintas baterías y se procede a la discusión de los mismos. Se finaliza el presente estudio con las conclusiones desprendidas del logro de los objetivos y algunas recomendaciones hacia la institución de salud privada en donde se realizó el estudio.

La importancia y necesidad de la presente investigación para la sociedad en general y la institución en particular, es en dar a conocer la existencia del síndrome de burnout, así como la sintomatología asociada a este, y de qué manera se puede conocer la presencia del síndrome en los profesionales de la salud y las maneras de afrontar dicho fenómeno. En base a estrategias efectivas de afrontamiento, se puede llegar a frenar y hacer frente a ciertos hechos o situaciones que pueden tener influencia en el desarrollo del síndrome, así como generar espacios y procesos preventivos para evitar que el síndrome se manifieste. En la actualidad, existen pocos estudios relacionados a este tema dentro del Ecuador, por lo cual se hacen necesarias nuevas investigaciones que puedan dar más luz sobre el síndrome de burnout en el contexto actual de nuestro país. Si bien existen estudios a nivel hispanoamericano sobre dicho síndrome, cada país tiene realidades sociales y culturales diferentes, y justamente debido a estas distintas realidades existen diferentes procesos, distintos tipos de relaciones laborales, sociales y familiares, así como diversas formas de afrontamiento para actuar frente a la aparición de variables asociadas al síndrome de burnout.

Para lograr dar respuesta a los objetivos planteados dentro del presente estudio, se analizaron los datos obtenidos para de esta manera poder hacer algunas sugerencias o recomendaciones a la institución de salud privada en donde se llevó a cabo la investigación. De esta manera, se logró responder a los objetivos planteados al inicio de la investigación, la cual, como se explicó, tuvo un alcance descriptivo y correlacional, y en base a esta metodología e información obtenida, se elaboraron las conclusiones y recomendaciones. Paralelo al planteamiento y cumplimiento de objetivos, el presente estudio sirvió para conocer la realidad en la cual trabajan y se desenvuelven los profesionales de la salud, y desde una perspectiva psicológica, poder generar y planificar estrategias y procesos psicoterapéuticos relacionados al síndrome de burnout en futuros estudios.

El logro de la investigación fue posible gracias a la apertura de la institución de salud privada así como a los profesionales de la salud que participaron en el estudio. Al inicio de la investigación, existieron pequeños inconvenientes en relación al desarrollo de los cuestionarios por parte del personal médico en particular, ya que su agenda de trabajo es

bastante apretada e imprevisible, ya que se trabajó con los médicos que laboran en el área de emergencias de la clínica privada. Esto ocasionó que se tuvo que esperar alrededor de dos a tres semanas hasta poder contar con la información requerida para el personal médico, pero al final se cumplió todo lo propuesto sin mayores inconvenientes. Gracias al personal docente de la Universidad Técnica Particular de Loja, se pudieron obtener las baterías que se utilizaron para recolectar la información pertinente, así como adquirir una consistente base de datos y referencias bibliográficas para realizar la presente investigación.

**CAPÍTULO 1**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1.1 Conceptualización del burnout.**

### **1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.**

Durante por lo menos 30 años, el término burnout ha sufrido una evolución gracias al aporte de numerosos estudiosos y profesionales que han dedicado sus estudios a la comprensión y desarrollo de este concepto. Uno de los primeros estudiosos en dar una definición de lo que es el burnout fue Freudenberger (1974) quien lo describió como una “sensación de fracaso y una experiencia agotadora resultante de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (Manzano-García y Ayala Calvo, 2013, p.801). Aun así, con el pasar de los años, el término ha sufrido algunas modificaciones, las cuales las iremos conociendo a lo largo del desarrollo de este capítulo, cuando veamos las definiciones que se han dado al concepto de burnout en las siguientes décadas que siguieron a la de 1970.

Algo importante que se debe tomar en cuenta al conceptualizar este término, son las condiciones de trabajo que rodean a los trabajadores, ya que las condiciones de trabajo han cambiado mucho desde 1970 hasta el presente año, y es claro al estudiar el desarrollo del burnout que las condiciones laborales que rodean al individuo son uno de los determinantes principales para la aparición del síndrome. Esta idea será central cuando se hable de los modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

Se habla del síndrome de burnout o de quemarse por el trabajo, el cual sería su equivalente en español, cuando convergen en tal fenómeno distintas condiciones, ya no como eventos o síntomas aislados, sino como un conjunto de condicionantes y variables que afectan la vida del individuo de manera constante y epidémica, por lo cual se puede claramente hablar de un síndrome.

Martínez Pérez (2010) explica:

El término Burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. (p.2)

Para Freudenberg y Maslach existe una semejanza en cuanto el fenómeno es concebido como una especie de desgaste de la persona, y tal desgaste estaría ocasionado por el constante trabajo bajo diferentes estresores a los que están sometidos los profesionales de servicios sociales, especialmente aquellos que trabajan en el área de salud.

### **1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.**

En esta época, se observa que el término sufre un ligero cambio, al introducirse el concepto de lo interpersonal como parte integrante del síndrome. Es decir, se comienza a entender que el síndrome de burnout se da siempre en una interrelación entre la persona que lo padece con las personas con quien tiene contacto. Al hablar del personal médico, se puede deducir que se comienza a introducir la idea de que la interrelación del médico con sus pacientes es muy importante para entender el síndrome en cuestión. Según Freudenberg y Richelson (1980), el burnout es definido como:

Un estado de fatiga o frustración debido a la devoción hacia una causa, modo de vida, o a una relación que falló al no producir una recompensa esperada y que al final conlleva a una reducción del compromiso y efectividad en el trabajo. (Manzano-García y Ayala Calvo, 2013, p.801)

Algo que es importante y necesario recalcar que sucedió en esta época, fue la creación del Maslach Burnout Inventory (MBI), un cuestionario desarrollado para medir el síndrome. Este cuestionario está integrado por tres dimensiones que buscan medir el nivel de burnout en las personas, y estas dimensiones son: Baja Realización Personal en el trabajo, Agotamiento Emocional y Despersonalización. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado desde su creación, para utilizarse como un formato estándar a la hora de determinar la existencia del síndrome en las personas. A sufrido unas pequeñas modificaciones, debido a que, en la siguiente década, es decir en la década de los 90', el síndrome dejó de estar asociado a profesionales de servicios sociales que están en permanente contacto con personas que reciben estos servicios, para generalizarse a ámbitos en donde no necesariamente se trabaja en contacto directo con otras personas. La reelaboración del MBI a un ámbito más generalizado, fue realizada por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson en 1996.

### **1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.**

Para Leiter y Schaufeli (1996) “el síndrome de quemarse por el trabajo puede desarrollarse en profesionales cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas” (Gil-Monte y Peiró, 1999, p.261).

Luego de dos décadas investigando y conociendo el fenómeno del burnout, se siguieron ampliando los conceptos que definen a tal fenómeno. En esta época, se extiende la comprensión del término ya no únicamente al campo de las interrelaciones que se generan en el ámbito clínico laboral, sino que se acepta que el burnout se manifiesta en diferentes ámbitos experienciales. Para Martínez Pérez (2010), entre estas características se puede decir que en el burnout destacan más los síntomas psicoemocionales o conductuales que los síntomas físicos, estos síntomas se pueden manifestar a su vez tanto en personas con predisposición a sufrir algún trastorno psicopatológico o a personas que no tienen ninguna predisposición a sufrirlo. Se lo entiende como un síndrome clínico-laboral, desencadenado por una inadecuada adaptación al trabajo, que lleva a una baja en el rendimiento laboral unido a la sensación de baja autoestima. Las investigaciones en esta época, están dadas principalmente por Maslach y Schaufeli (1993), quienes “intentaron una ampliación del concepto aceptando diversas definiciones en función de algunas características similares” (Martínez Pérez, 2010, p.4) tal como indicamos anteriormente.

En esta misma década, existen otros estudios que intentan explicar el burnout desde una perspectiva más compleja y minuciosa, como por ejemplo la definición que propone Hombrados (1997) “basada en la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo” (Martínez Pérez, 2010, p.5). Esta manera de entender el síndrome la comparte también Gil-Monte, quien propone una visión integral del síndrome de Burnout tal como la explicada en líneas anteriores por Hombrados, en donde el desarrollo del síndrome se da debido a una coexistencia de distintos factores, desde emocionales y cognitivos hasta psicosomáticos o fisiológicos.

Se puede entender de esta manera como el concepto del burnout es algo bastante complejo, que ha ido sufriendo una serie de modificaciones en función de las distintas investigaciones realizadas por los distintos estudiosos del tema. Así mismo, se debe tomar en cuenta que las distintas definiciones del burnout han estado dadas en función de los estudios empíricos que han desarrollado los distintos autores. Esto ocasiona que, en ciertas circunstancias, se

puedan percibir ciertos síntomas como desencadenantes del síndrome, mientras que en otras circunstancias se pueda percibir que otros síntomas son los que desencadenen el síndrome. Influye también mucho la personalidad de las personas, así como las estrategias de afrontamiento que disponen.

#### **1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000.**

A partir del año 2000, el concepto del Burnout continuó sufriendo modificaciones. En este caso, el concepto se amplió hacia ámbitos en donde los profesionales no tienen contacto directo con las personas. Esto puede resultar lógico, ya que el burnout, según los estudios anteriores a esta época, fue entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, y esto quiere decir a su vez que no solamente los profesionales que están en contacto directo con personas tienden a desarrollar este síndrome, sino que cualquiera que tenga una ocupación laboral que sobrepase sus capacidades y expectativas puede ser vulnerable a padecer este síndrome. Esto tiene mucho que ver con las capacidades de afrontamiento de la persona, de la resiliencia de la misma, de su equilibrio psicoemocional y su percepción ante la vida y las relaciones. Los aspectos cognitivos y conductuales se vuelven muy importantes al momento de entender el síndrome de Burnout.

Según algunos autores, tales como Farber (2000), Guerrero (2003), Latorre y Sáez (2009) “los individuos no sufren más el burnout a la manera convencional, sino a través de la búsqueda utópica de metas sociales significativas, luchando contra la resistencia de un ambiente de trabajo que sobrepasa sus expectativas profesionales” (Manzano García y Ayala Calvo, 2013, p.802). Así, el burnout se entiende como una constante percepción o expectativas que tiene el sujeto frente a su trabajo, sus obligaciones, sus relaciones, que muchas veces no son como éste lo espera, y genera consecuentemente una serie de síntomas de desadaptación a nivel social, emocional y familiar. Al mantenerse estos síntomas durante un tiempo prolongado, se desarrollaría el síndrome de Burnout, lo cual quita autonomía al sujeto, ya que éste se ve dominado por eventos, situaciones o estados de ánimo negativos y perjudiciales. Tal como comentan Manzano García y Ayala Calvo (2013), “consideramos el burnout como el resultado de expectativas incompletas que generan desmotivación, llevando al sujeto a que se comporte como un robot” (p.803). Este concepto de comportarse como un robot, muestra claramente la idea de la incapacidad de la persona para tomar decisiones autónomas y utilizar estrategias efectivas de afrontamiento para hacer frente al síndrome de burnout.

Uno de los autores que más ha influido en los últimos años en los estudios sobre el burnout, así como en la investigación hispanoamericana, es Pedro Gil-Monte (2007), quien concibe al burnout “como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa” (p.6). De esta manera se logra comprender que el burnout, más que ser un estrés psicológico, es una respuesta a condiciones permanentes de estrés laboral. “Es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización” (Gil-Monte, 2007, p.5). Cabe recalcar que Gil-Monte fue quien introduce el término de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) en el año 2007. Ya en el año 2005, Gil-Monte desarrolló un nuevo instrumento de evaluación para determinar el nivel de Burnout en las personas, y éste instrumento fue llamado “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT).

Durante esta década, se puede apreciar que el concepto de Burnout expande su ámbito de comprensión hacia profesiones en los que no necesariamente el profesional está en contacto directo con el trabajo. Esto es interesante recalcar, ya que dentro de esta nueva comprensión de la dimensión del burnout, se fortalece la idea de que dicho fenómeno está muy relacionado con un aspecto cognitivo y de percepción. Esto resulta bastante útil, porque de aquí en adelante se pueden comenzar a desarrollar planes de capacitación en donde el mismo individuo que padece el síndrome sea el protagonista de su propio proceso de sanación. Al mismo tiempo, es importante esta nueva comprensión del síndrome ya que abre puertas hacia una mejora en las condiciones laborales, pues se comienza a comprender que el contexto sumado a las expectativas del sujeto funcionan de manera interrelacionada para determinar los niveles de estrés laboral que puedan manifestarse en determinada persona.

#### **1.1.5. Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.**

El Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), es multidimensional, tal como nos explican Aguirre Roldán y Quijano Barriga (2015):

Implica factores internos que dependen de la personalidad del individuo, como ocurre en personas ambiciosas, perfeccionistas, que constantemente necesitan ser reconocidas, que quieren complacer a los demás, acunan sentimientos de ser irremplazables considerando el ~ trabajo como su prioridad, que llega a sustituir la vida social y familiar, y factores externos dados por las circunstancias a las que se expone la persona, como altas demandas en el trabajo, problemas de liderazgo o jerarquías,

presión de tiempo, mal ambiente laboral, falta de libertad para tomar decisiones, alteración en la comunicación y aumento de la responsabilidad con pobre organización, donde la retroalimentación positiva es poca y el trabajo en equipo es nulo. (p.200)

En este punto, se pueden encontrar algunas semejanzas en la conceptualización del burnout en los diferentes autores. Vemos que para Gil-Monte el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que genera agotamiento emocional, lo mismo que para Maslach (2009), para quien el burnout se basa en un “agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros” (Díaz Bambula y Gómez, 2016, p.115).

## **1.2. Desarrollo y fases del burnout.**

### **1.2.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).**

Estos autores son los que presentan el primer modelo del desarrollo y las fases del burnout. Para este modelo, existen tres constructos básicos que se deben tomar en cuenta a la hora de comprender el desarrollo del burnout. Estos momentos son: Despersonalización, baja realización personal y cansancio emocional. Estos momentos se van sucediendo uno tras otro, iniciándose con la despersonalización, seguido de una baja autoestima o realización personal para terminar, a largo plazo, en agotamiento o cansancio emocional. En función de esta secuencia:

Se plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en relación con la virulencia del síndrome. Por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional. (Martínez Pérez, 2010, p.10)

### **1.2.2. Leiter y Maslach (1988).**

Para estos autores, el proceso de desarrollo del burnout es algo similar a lo propuesto por Golembiewski, Munzenrider y Carter, sólo que existe un pequeño cambio en el orden de las variables que van apareciendo en el desarrollo del síndrome. Si para Golembiewski et al. El proceso iniciaba con la despersonalización, seguido de baja realización personal y

consecuente cansancio emocional, para Leiter y Maslach el proceso inicia con el cansancio emocional, seguido de despersonalización con la consecuente baja en la realización personal. Esta diferencia en el orden de la secuencia de los distintos síntomas del burnout, puede deberse a la población que ha sido objeto de estudio para tales investigadores. Sabemos que lo menos extático es el alma y la personalidad humana, y cada persona tiene diferentes formas y capacidades de afrontamiento, por lo cual es de esperarse que en ciertos casos el desarrollo del síndrome inicie con un tipo de síntomas, mientras que otros casos sean otros los síntomas que determinen el inicio del síndrome.

Si bien estos fueron los planteamientos iniciales de estos autores, con el pasar del tiempo los mismos autores, en especial Maslach, fueron reactualizando su conceptualización sobre el burnout y las variables que se encuentran asociadas a tal síndrome. Aun así, para estos autores, la Despersonalización es una variable mediadora “entre los sentimientos de cansancio emocional y los de Baja Realización en el trabajo” (López Agrelo, 2013, p.59).

Para comprenderlo mejor, a continuación, se puede ver un gráfico simple de la secuencia de las principales fases de desarrollo del burnout.



### **1.2.3. Leiter (1993).**

En este modelo, Leiter replantea el modelo que habían propuesto con Maslach en 1988, en base a nuevos estudios realizados, en donde logra determinar que no existía una correlación directa entre la despersonalización y la baja realización personal, tal como lo habían planteado con Maslach anteriormente.

Según este nuevo modelo, “la baja Realización Personal en el trabajo es consecuencia directa de los estresores laborales y surge de forma paralela a los sentimientos de Cansancio Emocional como respuesta del sujeto a esos estresores laborales” (López Agrelo, 2013, p.60).

Según este modelo, no existe una secuencia clara entre Cansancio emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal, sino que éste último síntoma, se presenta de manera paralela a la aparición del Cansancio Emocional y la posterior Despersonalización.

#### **1.2.4. Lee y Ashforth (1993).**

Para estos autores, la fases y desarrollo del burnout es algo diferente a como lo entendían Leiter y Maslach. Para Lee y Ashforth, en el desarrollo del síndrome, los sentimientos de Despersonalización y Baja Realización Personal serían reacciones y respuestas directas al Cansancio Emocional, el cual sería la variable desencadenante del síndrome. Según López Agrelo (2013), “aunque este planteamiento del proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout presenta deficiencias metodológicas, ha sido adoptado por otros autores (Dierendonck, Schaufeli y Sixma, 1994; Schaufeli y Dierendonck, 1993)” (p.61).

#### **1.2.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.**

Según estos autores, las cogniciones y emociones son importantes a la hora de entender cómo se desarrolla el Síndrome de Burnout. Para los mencionados autores, la percepción que tiene uno de sí mismo y de sus relaciones con los demás, así como la percepción que uno tiene sobre si está haciendo y cumpliendo las expectativas que uno se ha planteado en relación a su trabajo son determinantes al momento de querer comprender como se desarrolla el Síndrome. Estos autores “desarrollan una visión del proceso del Síndrome de Burnout en la que se integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales” (López Agrelo, 2013, p.61).

De esta manera, en el inicio del Síndrome los sentimientos negativos de Realización Personal surgen a la par de los sentimientos de alto Cansancio Emocional y, a su vez, los sentimientos de Despersonalización surgirían como una respuesta de adaptación y afrontamiento antes tales sentimientos que se han vuelto crónicos en el individuo. Así que, para estos autores, la cronicidad de los primeros sentimientos de baja Realización Personal y alto Cansancio Emocional serían los desencadenantes de los procesos de Despersonalización o Cinismo. Aquí existe una diferencia con anteriores concepciones del desarrollo del Burnout. Si para autores tales como Leiter y Maslach los sentimientos de Despersonalización eran mediadores de los sentimientos de Cansancio Emocional y Baja Realización Personal, para Gil-Monte,

Peiró y Valcárcel el sentimiento de despersonalización surgiría como respuesta ante sentimientos crónicos de Baja Realización Personal y Cansancio Emocional.

Si bien a primera vista pudiese parecer que existen diferencias entre las distintas concepciones sobre cómo se inicia el Síndrome de Burnout, las cuales existen, también hay muchos puntos en común que vale tener en cuenta a la hora de realizar un análisis comparativo y objetivo de las distintas teorías sobre el Burnout, las cuales se verán más adelante y se entenderá mejor las semejanzas y diferencias de dichas teorías. Esta comprensión servirá para poder comprender qué teoría o modelo se adapta mejor a las condiciones de nuestro entorno a la hora de querer realizar el tan conocido Maslach Burnout Inventory (MBI) a las personas con las cuales estamos trabajando y realizando la muestra.

### **1.3. Consecuencias del burnout.**

Una vez que se ha instaurado el síndrome de Burnout en la persona, se desencadenan una serie de consecuencias, tanto a nivel personal (salud) como a nivel laboral y familiar. Estas consecuencias generan un deterioro en la calidad de vida de la persona, pues afectan a su salud y a sus relaciones laborales, así como a su más privada vida familiar.

#### **1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.**

Dentro de las consecuencias que el síndrome manifiesta en la persona podemos dividir tres áreas: física, psíquica y conductual.

##### **1.3.1.1. Nivel físico.**

A nivel físico, se pueden entender todas aquellas manifestaciones que se relacionan con la salud a un nivel orgánico o fisiológico. Estas manifestaciones, según nos explica Gómara (2014), serían cefaleas, insomnio, faltas de apetito, hipertensión, úlceras, palpitaciones, presión en el pecho, dolores musculares, pérdida de peso, mareos y nerviosismo. Esta concepción se relaciona bastante con la concepción que tenía Hombrados (1997) sobre el síndrome en cuestión, para quien el Burnout tenía mucho que ver con factores fisiológicos, tal como vimos anteriormente.

##### **1.3.1.2. Nivel Psicológico.**

Según Gómara (2014):

El nivel psicológico de los profesionales que lo sufren es el área más afectada por el síndrome produciendo múltiples consecuencias entre las que destacamos: situaciones de miedo, desesperanza, depresión, distanciamiento emocional, preocupaciones y sentimientos de culpabilidad; la persona que lo sufre se siente inútil e inferior, se vuelven irritables y obsesivos y por norma general pierden el interés y se sienten infelices, sienten pánico, debilidad y desconcentración entre otros. (p.24)

Este nivel psicológico se relaciona con la dimensión de Agotamiento Emocional, la cual es una de las dimensiones del MBI. Este deterioro psicológico, “consiste en el deterioro emocional del individuo, se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas” (Gil-Monte, 2008, p.6).

El área psicológica es la que sufre las mayores consecuencias del burnout. Podemos entender que a raíz que los síntomas psicológicos, se va desarrollando la sintomatología física, tales como dolores de cabeza, insomnios, dolores musculares, etc., todo esto debido a la presión y estrés que sufre la persona por un tiempo prolongado o crónico.

Continuando con los síntomas a nivel psicológico o emocional, se observa que éstos pueden ser muy variados, tales como detallan Buendía y Ramos (2001): “Depresión, Indefensión, Desesperanza, Irritación, Apatía, Desilusión, Pesimismo, Hostilidad, Falta de Tolerancia” (Martínez Pérez, 2010, p.20).

#### **1.3.1.3. Nivel conductual.**

Estos síntomas han sido menos estudiados que los emocionales, aunque están en relación directa con aquellos. Siguiendo a Buendía y Ramos (2001), estos serían: “Evitación de responsabilidad, Absentismo, Conductas Inadaptativas, Desorganización, Sobreimplicación, Evitación de decisiones, Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas” (Martínez Pérez, 2010, p.20).

Estas consecuencias, como bien se sabe dentro de la psicología, pueden desencadenar, al igual que los síntomas emocionales, en problemas de salud a nivel físico. Se entiende de esta manera que están totalmente relacionadas las tres áreas que se ven involucradas como consecuencia del síndrome de Burnout. No se pueden entender las consecuencias a nivel

físico sin comprender previamente la importancia de los síntomas emocionales y conductuales, ya que las conductas de las personas están en estrecha relación con su bienestar físico, a la vez que la vida emocional de la persona determina claramente las conductas que ésta realiza.

### **1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.**

En cuanto al trabajo, las consecuencias del burnout son directas, tanto desde la perspectiva del rendimiento laboral así como de los servicios que la organización ofrece a las personas. Maslach y Jackson (1981) citado por Gómara (2014, p.25), comentan que el profesional afectado por el síndrome incumple las normas marcadas por la organización, muestra falta de motivación, llega tarde al trabajo y prolonga los descansos descuidando su puesto de trabajo.

Comprendiendo esto, se puede entender las importantes consecuencias que supone el Burnout a nivel organizacional. Mucho más si estamos hablando de profesionales de la salud que trabajan en una institución que brinda servicios de salud a otras personas, ya que absentismos prolongados, falta de motivación e incumplimiento de horarios repercuten de una u otra manera no sólo en la dinámica de la organización, sino también y principalmente en las personas necesitadas de los servicios de salud que una determinada institución provee.

Todos estos problemas a nivel laboral, a su vez, pueden repercutir en otros profesionales de la salud que tal vez no sufran del síndrome de Burnout, pero debido a la falta de eficacia de quienes sufren este síndrome, pudiese ser muy probable que nuevos profesionales de la salud inicien síntomas de este síndrome debido a que les toca cubrir a sus compañeros porque no se presentan en el puesto de trabajo.

### **1.3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.**

Las consecuencias que se pueden desencadenar debido al Burnout dentro de una familia son variadas. Al mismo tiempo, la familia es muy importante para ayudar a quien padece el síndrome de Burnout mediante apoyo emocional, el cual es el principal factor de riesgo ante este síndrome. Una situación de Burnout puede llevar a generar problemas de pareja, tales como peleas constantes, insatisfacción en cuánto a la relación de pareja y posibles rupturas.

Aun así, la familia puede ser una importante fuente de apoyo para las personas que sufren de Burnout. Maslach (2009) afirma: “Aquellos que no son casados parecen ser más propensos al burnout comparados con aquellos que están casados. Los solteros parecen experimentar incluso niveles más altos de burnout que aquellos que están divorciados” (p.39). Vemos de esta manera que la familia o la pareja influyen de alguna u otra manera para apoyar a la persona que atraviesa un proceso de estrés crónico en el trabajo, lo cual podría desencadenar un burnout. Es lógico pensar que una persona que vive sola, que no tiene familia o pareja, es más vulnerable en las condiciones que desencadenan un burnout. La falta de apoyo social (en este caso de la familia) se puede entender como un factor de estrés frente a situaciones laborales incompatibles con el individuo.

#### **1.4. Modelos explicativos del burnout.**

##### **1.4.1. Modelos basados desde la Teoría Sociocognitiva.**

##### **1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.**

Para este autor, la motivación es un concepto central dentro del fenómeno del burnout. El nivel de motivación estará en relación directa con el nivel de eficacia del individuo. “La motivación va a establecer la eficacia del trabajador en relación a los objetivos marcados, a mayor motivación mayor eficacia en el trabajo” (Gómara, 2014, p.16). Siguiendo el modelo de Harrison, dentro del lugar de trabajo siempre existirán factores que determinen en menor o mayor medida la motivación o percepción de eficacia que tenga el trabajador. Estos factores ayudarán o impedirán la motivación del individuo. Esto se relaciona mucho con el aspecto cognitivo, el cual es una de las bases de los modelos de la teoría sociocognitiva.

Tal como comenta Martínez Pérez (2010): “En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social” (p.15). Según este modelo, una gran parte de las personas que inician a trabajar tiene una alta motivación, pero ésta motivación se verá afectada o modulada por las condiciones laborales en las cuales trabaja el individuo, así como las circunstancias o experiencias que éste tenga. Los factores que impiden un desarrollo positivo del individuo en su entorno laboral se conocen como factores barrera. Para comprender mejor cómo influyen estos factores barrera, recordemos lo que explica López Agrelo (2013) en su trabajo:

Por tanto, cuando un sujeto se encuentra en su entorno laboral factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, puesto que el sujeto no acaba de conseguir sus

objetivos y afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Cuando esta situación se mantiene en el tiempo, aparece el síndrome de Burnout, que por retroalimentación facilita el desarrollo de factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar. (p.73)

#### **1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.**

Para este modelo, existe una especie de círculo vicioso en lo referente a la autoeficacia percibida y el éxito logrado. Cuando la persona logra éxito en los objetivos personales, aumenta su percepción de autoeficacia, mientras que, si no cumple con los objetivos, la percepción de autoeficacia disminuye y aparecen sentimientos de frustración. Aquí es muy importante una vez más el aspecto cognitivo. Vemos que este modelo se relaciona bastante con la teoría propuesta por Harrison, ya que son las percepciones que tiene la persona sobre su eficacia la que determina el bienestar laboral o, por el contrario, la frustración laboral. “Los trabajadores que tienen un elevado sentimiento de autoeficacia sufren menos estrés en situaciones difíciles y estas situaciones se vuelven menos amenazantes cuando los sujetos creen que pueden abordarlas de forma positiva” (Gómara, 2014, p.17).

#### **1.4.1.3. Modelo de Pines.**

Para Pines, el desarrollo del Síndrome de Burnout “radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos le dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias” (Martínez Pérez, 2010, p.15). Se puede ver que este modelo difiere un poco de los dos anteriores, ya que aquí está en primer plano la motivación. Si bien en el modelo de Harrison la motivación era también un factor determinante, en el caso del modelo de Pines, la motivación se relaciona con las expectativas que tiene el individuo, mientras que, en el modelo de Harrison, la motivación se relaciona con las condiciones y circunstancias que suceden en el trabajo y determinan el nivel de eficacia del individuo. Según el modelo de Pines, las personas con alta motivación y altas expectativas son quienes desarrollarían el Síndrome de Burnout.

#### **1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.**

Este modelo propone que son cuatro los factores que determinan el desarrollo del Síndrome de Burnout. Dentro de estos cuatro factores que se verán a continuación, la autoconfianza es el eje principal de ese modelo. Los cuatro factores mencionados serían:

1.- Discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del individuo.

2.- El nivel de autoconciencia.

3.- Las expectativas de éxito personal.

4.- Los sentimientos de autoconfianza.

Este modelo se relaciona con el modelo tridimensional de Maslach y Jackson, el cual se revisará más adelante. Para comprender a grandes rasgos la relación entre este modelo y el propuesto por Maslach y Jackson, se observa que el primer factor, es decir, las discrepancias entre las demandas y los recursos, influye directamente en la percepción que el sujeto tiene en cuanto a su efectividad en el trabajo y esto, a su vez, repercute directamente en el estado de ánimo, lo cual se traduce en bajos sentimientos de Realización Personal, el cuál es uno de los tres constructos principales en el modelo de Maslach y Jackson. En lo referente al segundo factor (nivel de autoconciencia) “aquellos sujetos que presentan una alta autoconciencia, se caracterizan por una tendencia acusada a auto percibirse y concentrarse en su experiencia de estrés, percibiendo mayores niveles de estrés que aquellos sujetos con una autoconciencia baja” (López Agrelo, 2013, p.78). Según el modelo de Thompson, Page y Cooper, si los niveles de estrés persisten y el sujeto percibe que no puede cumplir con los objetivos, se llevan a cabo las conductas de retiro. Estas conductas se relacionan con la dimensión de Despersonalización, muy conocida en el modelo de Maslach y Jackson. Esto quiere decir que la persona se aísla en sus intentos de reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos.

Se puede ver que desde la Teoría Sociocognitiva, existe un acuerdo en común en la motivación como constructo importante para poder entender un posible desarrollo del síndrome de Burnout. Al mismo tiempo, se pudo observar que el contexto laboral es igualmente determinante, ya que las condiciones laborales, con todo lo que éstas incluyen, especialmente logro de objetivos, se aúnan e interrelacionan con las expectativas que tengan los sujetos en cuanto a sus propias capacidades y al sentido propio de la existencia. Se pudo observar que el modelo de Harrison y el de Cherniss tienen muchos puntos en común, mientras que el modelo de Pines difiere un poco de estos dos modelos en cuanto a que la motivación y la búsqueda de un sentido existencial son los principales constructos de este modelo. Finalmente, el modelo que parece ser el más completo y desarrollado dentro de la Teoría sociocognitiva es el de Thompson, Page y Cooper, al proponer un modelo de cuatro

factores que estarían interrelacionados a la hora de determinar el desarrollo del síndrome. Por un lado, este modelo tienen un fuerte componente cognitivo, pero por otro se relaciona, como ese explicó antes, con el modelo tridimensional de Maslach y Jackson, en cuánto a los procesos de Despersonalización y Baja Realización Personal que tienen lugar en el individuo.

#### **1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.**

Como su nombre lo indica, estos modelos tienen como base las percepciones sobre la falta de igualdad que existe entre lo que el trabajador ofrece y da y lo que recibe. Esto ocasionaría el Quemarse en el trabajo o Burnout. Frecuentemente, los trabajadores sienten que no reciben lo mismo que ellos dan, y que su implicancia es mayor y no es retribuida

##### **1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.**

En este modelo, se desarrolla la explicación de la etiología del Burnout en dependencia a dos factores: “por un lado, los procesos de intercambio social con los usuarios y, por otro, los procesos de afinidad y comparación social con los compañeros” (Gómara, 2014, p.19).

Dentro de los procesos de intercambio social con los usuarios, Buunk y Schaufeli distinguen tres variables importantes para la aparición del Síndrome. Estos tres factores o variables serían: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. El primer factor, es decir la Incertidumbre, se relaciona con una especie de duda hacia los propios sentimientos y pensamientos a la hora de actuar. Existe una especie de vacilación y falta de claridad en el individuo sobre cómo debe actuar en determinados momentos. Esto a su vez está en íntima relación con el segundo factor, la Percepción de Equidad, el cual se refiere a la percepción o cognición que el sujeto tiene en cuanto a lo que éste da y recibe en sus relaciones con los usuarios. Por último, está la falta de control, que “se explica cómo la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales” (Martínez Pérez, 2010, p.16).

En base a todo este complejo etiológico que determinaría el Síndrome según Buunk y Schaufeli, existiría el proceso de comparación social con los compañeros de trabajo, el cual tiene que ver con el rechazo de búsqueda de ayuda o apoyo social por parte de los compañeros, ya que según el individuo que estaría atravesando todo este proceso, sería criticado y catalogado de incapaz para hacer frente a los tres factores mencionados

anteriormente. De esta manera, se facilitaría el desarrollo del Síndrome de Burnout en el trabajador.

#### **1.4.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy.**

Este modelo se basa en la Motivación como principal factor mediador entre el equilibrio laboral y el desarrollo del Síndrome de Burnout. Según estos autores, cuando la motivación del trabajador se ve afectada, vulnerada o amenazada, se crea un campo propicio para la aparición del Burnout. “Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad de perderlos” (Martínez Pérez, 2010, p.17). Algo importante a mencionar dentro de este modelo es la importancia que se da a la relación entre compañeros de trabajo. El tipo de relación puede establecer el nivel de estrés en el trabajador. Por otro lado, otro punto importante a destacar dentro de este modelo es la importancia que se da a las cogniciones del trabajador, ya que éstas están en relación directa con la motivación que éste tenga. “Es importante también cambiar la percepción negativa que los profesionales tienen sobre sus propias capacidades en relación al trabajo” (Gómara, 2014, p.20). Este modelo tiene puntos en común con el modelo de autoeficacia de Cherniss, el cual se explicó más arriba, en donde la cognición juega un papel determinante a la hora del desarrollo del Síndrome de Burnout.

Dentro de este modelo, las estrategias que se conciben para prevenir el desarrollo del Síndrome de Burnout es el aumento de los recursos del trabajador, y estos recursos tienen que ver justamente con el aumento de percepciones positivas hacia las propias capacidades y mantener ciertas habilidades básicas dentro del trabajo. Otro de los recursos podría ser el apoyo entre compañeros de trabajo.

Según se puede ver en estos dos modelos de la Teoría del Intercambio Social, existe el común denominador de las relaciones laborales entre compañeros. Estas relaciones, según explican ambos modelos, son muy importantes en cuánto a que sirven de mediadoras entre un nivel de satisfacción laboral y de equilibrio personal, y niveles de estrés laboral capaces de desarrollar el síndrome de Burnout en el individuo. Aun así, también existen diferencias entre estos dos modelos. Mientras que en el modelo de Buunk y Schaufeli existe primeramente un énfasis en los procesos de intercambio social entre el profesional y los usuarios, el modelo de Hobfoll y Fredy no presta mucha atención a este aspecto, más bien se enfoca en el aspecto cognitivo de la motivación, bastante desarrollado en los modelos Sociocognitivos.

El modelo de Buunk y Schaufeli goza de un minuciosos análisis y comprensión de los procesos de relación que se dan entre los profesionales y los usuarios. De esta manera, explica de manera detallada el proceso de desarrollo del Burnout mediante una serie de pasos que inician desde la incertidumbre y terminan en la falta de control de sus propias acciones. Este parece ser el modelo más completo y minucioso dentro de la Teoría del Intercambio Social.

#### **1.4.3. Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional.**

Para los modelos que se enmarcan dentro de la Teoría Organizacional, existe una diversidad de variables que pueden funcionar como estresores a la hora de determinar la aparición del Síndrome de Burnout. Estos estresores están en función del tipo de Organización en donde trabaja la persona. Así, “el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales” (Martínez Pérez, 2010, p.17).

##### **1.4.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Muzenrider y Carter.**

Según estos autores, el proceso de desarrollo del Síndrome es gradual y progresivo. Este modelo se basa mucho en el modelo Tridimensional de Maslach y Jackson (1981), el cual explica el desarrollo del Síndrome en base a tres momentos claves en la evolución del mismo: Despersonalización, Falta de Realización Personal y Agotamiento Emocional. Generalmente, dentro de este modelo existen dos causas determinantes que funcionarían como estresores. Estas dos causas serían la sobrecarga de trabajo y la pobreza de rol. A raíz de esto, el trabajador va perdiendo paulatinamente el compromiso que tenía en un inicio en su trabajo y en sus funciones. En otras palabras, siguiendo a López Agrelo (2013):

Los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de Estrés Laboral, el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. (p.87)

A partir de estas consecuencias, que a su vez tienen su causa en la sobrecarga de trabajo o en la pobreza de rol, el trabajador puede enfrentar la situación de manera productiva o improductiva. En caso de que el afrontamiento sea improductivo, es decir, en donde el trabajador no se involucre de manera activa en la resolución del problema, el distanciamiento hacia el trabajo se desarrolla de manera indiferente y cínica y esto, a su vez, generaría el Síndrome de Burnout, ya que estas actitudes de cinismo e indiferencia emocional se corresponden con la actitud de Despersonalización, una de las variables que determinan el síndrome. Con esta actitud de cinismo iniciaría el síndrome según Golembiewski, Muzenrider y Carter.

A raíz de estas actitudes de distanciamiento e indiferencia ante los usuarios y el trabajo, se iniciaría propiamente el Síndrome de Burnout. Tal como explica López Agrelo (2014) de manera concisa y resumida:

En un primer momento, aunque el trabajador busca resolver las situaciones de forma constructiva, la persistencia de las condiciones de sobrecarga o pobreza de rol, le llevan a tratar a los demás como objetos (actitudes de Despersonalización que corresponden a la primera fase del episodio del síndrome). Posteriormente, el trabajador desarrollará una experiencia de baja Realización Personal en el trabajo y, a más largo plazo, Cansancio Emocional. (p.88)

Con el paso del tiempo y si éstas condiciones se mantienen, el Síndrome se agrava y puede tener repercusiones a nivel físico. Según Golembiewski, Hilles y Daly (1987) el trabajador “también experimenta más tensión psicológica y problemas psicosomáticos” (López Agrelo, 2014, p.88).

#### **1.4.3.2. Modelo de Winnubst.**

Según el modelo de Winnubst, el Burnout afecta a todas las profesiones, no necesariamente a las que trabajan en el área de servicios. Lo que si se diferencia en éste modelo, es la causa y la estructura del Síndrome de Burnout, ya que éste tiene diferentes causas en función del tipo de organización de la que se trate. “Winnubst señala que los diferentes tipos de estructura dan a lugar a culturas organizacionales diferentes. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social” (Gómara, 2014, p.22). Podemos comprender de esta manera que en instituciones en donde

el trabajo es más mecánico que dinámico, tales como la burocracia mecánica, el síndrome puede ser causada por la monotonía del trabajo y la rutina diaria, mientras que en las burocracias profesionalizadas “el síndrome está causado por la relativa debilidad de esa estructura que conlleva a una confrontación continua con los demás miembros de la organización” (Gómara, 2014, p.22). Esto originaría problemas de autopercepción, motivación y conflictos entre miembros de la misma organización.

Una variable que cabe reconocer como importante y determinante dentro de este modelo es el apoyo social, ya que este influye en la percepción que tengan los profesionales sobre su trabajo y la organización. En las burocracias mecánicas, el apoyo social generalmente es muy bajo, ya que éstas se manejan por un sistema piramidal o jerárquico, mientras que en las burocracias profesionalizadas el tipo de comunicación y de relaciones es horizontal. Según López Agrelo (2013), la burocracia profesionalizada “se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización. Refuerza la creatividad y la autonomía” (p.90).

Para terminar, revisemos los cuatro supuestos básicos en los que se asienta este modelo:

- 1.- Toda organización tiene un modelo de apoyo social que se relaciona con el tipo de estructura de la organización: esta puede ser mecánica o profesionalizada.
- 2.- El apoyo social está en estrecha interdependencia del clima laboral, por lo cual el apoyo social puede ser mejorado o empeorado dependiendo de cómo se maneje el clima laboral. Esto incluye claramente las relaciones interpersonales que se dan dentro del trabajo, así como la percepción y la motivación que tengan los trabajadores en cuanto a su trabajo y sus objetivos. Mientras el autoconcepto del trabajador y su motivación se mantengan positivos y cubiertos, el apoyo social será lógicamente mayor.
- 3.- La estructura de la organización, así como la cultura y apoyo social dentro de la misma, está fundamentada por criterios éticos que a su vez nacen de los valores sociales y culturales de la organización.
- 4.- Esta estructura organizacional, que incluye criterios éticos, clima laboral, valores culturales y sociales, permiten predecir si los miembros de la organización serán vulnerables al Estrés y consecuentemente al Síndrome de Burnout.

#### **1.4.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.**

Estos autores proponen la variable de Agotamiento Emocional como central en la comprensión del desarrollo del Síndrome de Burnout. En este modelo, la Despersonalización sería una respuesta o estrategia de afrontamiento frente a los síntomas de Cansancio Emocional. Por otro lado, la Baja Realización Personal es el resultado de la percepción o cognición del estrés que tienen el trabajador sobre su propio trabajo. Tal como expone Mansilla (2009): “los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas” (Gómara, 2014, p.21). En relación con lo expuesto, existe otro factor importante dentro de este modelo, al cual se lo conoce como “salud de la organización”, y este tiene que ver con la coherencia percibida por parte del trabajador sobre la “integración de los sistemas psicosociales de la organización” (Martínez Pérez, 2010, p.18). Estos sistemas tienen que ver con la estructura organizacional, la comunicación dentro de la misma, los procedimientos, la cultura, el apoyo social, etc. Siguiendo a López Agrelo (2013) “Este constructo ha sido identificado como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta desarrollada por los trabajadores ante el estrés” (p.90).

Como se ha visto en estos tres modelos de la Teoría Organizacional, el tipo de organización así como su estructura es determinante a la hora de querer entender el desarrollo del Síndrome de Burnout. Si bien esto es común a los tres modelos que se han revisado dentro de esta teoría, también existen, como en todos los modelos, aspectos que los diferencian. El modelo de fases de Golembiewski, Muzenrider y Carter desarrollan su modelo en base a los constructos utilizados por el modelo tridimensional de Maslach y Jackson, al igual que el modelo de Cox, Kuk y Leiter. Mientras que el modelo de Winnubst recalca bastante en el tipo de organización en la cual el individuo trabaja. La percepción de apoyo social es muy importante en este modelo, ya que ésta se relaciona directamente con el tipo de organización y con las fuentes de apoyo social que puedan existir.

#### **1.4.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.**

##### **1.4.4.1. Modelo tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson).**

Según estos autores, el síndrome de Burnout se daría como consecuencia al estrés laboral crónico, con características psicológicas principalmente. Este modelo, tal como su nombre lo indica, propone un esquema de tres dimensiones para comprender el síndrome. El síndrome de Burnout sería la respuesta a los estresores crónicos dentro del puesto de trabajo. “Las tres

dimensiones claves de esta respuesta son un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros” (Maslach, 2009, p.37).

Es importante destacar que a partir de esta propuesta de Maslach y Jackson, “se crea la base empírica del síndrome, ya que a partir de esto Maslach creó un instrumento: Maslach Burnout Inventory el cual se centra en medir estas tres dimensiones y diagnosticar así el queme profesional” (Gómara, 2014, p.8).

Cada una de las dimensiones de este modelo, influye y se relaciona con otra, creando así el fenómeno del Burnout. Para comprender mejor este modelo se debe conocer qué significa cada dimensión o variable:

- ✓ **Agotamiento Emocional:** Este está mediado por un trabajo excesivo y el conflicto personal que se desarrolla a partir de esta sobre exigencia laboral. No existen recursos físicos ni emocionales para enfrentar otro día de trabajo, y el trabajador se siente agotado.
- ✓ **Cinismo:** Esta respuesta se relaciona con una insensibilidad y falta de empatía hacia los usuarios. Al inicio, existe únicamente una evasión de las responsabilidades por parte del trabajador, pero conforme pasa el tiempo y esto se mantiene, la reacción se vuelve ya no sólo de evasión del puesto de trabajo y de las relaciones, sino que se vuelve activa en el sentido negativo. Tal como expone Maslach (2009):

Pero el riesgo es que el desapego puede derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización. Con el tiempo los trabajadores no están simplemente creando formas de contención y reduciendo la cantidad de trabajo, sino que también están desarrollando una reacción negativa hacia la gente y el trabajo. (p.37).

- ✓ **Sensación de Ineficacia:** Esta dimensión tiene mucho que ver con el aspecto cognitivo que el sujeto tiene hacia sus actividades y productividad en el trabajo. Es una especie de autoevaluación que el trabajador hace en cuanto a la ineficacia de su trabajo y la falta de logros. A su vez, este sentimiento reducido del autoconcepto se ve potenciado por la falta de apoyo social y recursos profesionales. Este aspecto tiene relación con los modelos de la Teoría Organizacional, en donde el apoyo social percibido y recibido es determinante a la hora de generar o evitar el Síndrome de Burnout. Es importante recordar que para los modelos organizacionales, el apoyo

social influye directamente en la eficacia del trabajador dentro de su puesto de trabajo. Así, esta tercera variable empata con la idea de que un apoyo social constante, coherente y positivo es determinante a la hora de determinar la gravedad o incluso la existencia del Síndrome de Burnout en el sujeto.

A raíz de estos tres factores determinantes, se desarrolló el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual es un instrumento que consta de 22 ítems los cuales son evaluados mediante una escala tipo Likert de siete grados. El MBI se divide en tres subescalas que miden tres factores, siendo estos factores los ya expuestos anteriormente: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y realización personal en el trabajo. Cada dimensión incluye diversos ítems, así, “*agotamiento emocional* (Emotional exhaustion), (9 ítems); *despersonalización* (Despersonalization), (5 ítems); y, *realización personal en el trabajo* (Personal accomplishment), (8 ítems)” (Olivares Faúndez y Gil-Monte, 2009, p.161).

Posteriormente a la creación de esta batería, se desarrollaron tres versiones nuevas del MBI. En lo que respecta al presente trabajo, “encontramos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI” (Olivares Faúndez y Gil-Monte, 2009, p.161). Las otras versiones del MBI son el MBI-educators, diseñado para profesionales de la educación y el MBI-General Survey.

#### **1.4.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.**

Al modelo de estos autores se lo puede entender como un modelo cíclico, ya que puede repetirse varias veces en el tiempo y conlleva un proceso gradual o progresivo. Edelwich y Brodsky (1980) citado por Rubio Jiménez (2003, p.42-43), proponen un modelo de cuatro etapas que sería el siguiente:

Primera: el trabajador idealista posee una serie de expectativas imposibles de llevar a cabo.

Segunda: se producen una pérdida del entusiasmo inicial al comprobar la irrealidad de las expectativas.

Tercera: el burnout se manifiesta con toda su sintomatología.

Cuarta: aparecen sentimientos de desprecio, de frialdad emocional y de distanciamiento.

Se puede comprender así, que el Burnout sería un proceso de desarrollo progresivo en el cual una etapa sigue a la otra de manera cíclica, la como lo exponen sus autores. El entusiasmo inicial del trabajador se ve frustrado al esperar demasiado de su trabajo y de las condiciones del mismo. El trabajador espera poder ayudar a todos a quienes atiende, de la manera más eficaz y oportuna, pero muchas veces las mismas condiciones del trabajo no se lo permiten. Aquí cabe relacionar esta idea con los modelos organizacionales, ya que es de vital importancia que existan condiciones coherentes y estables en la organización para de esta manera poder cumplir las expectativas que el trabajador se propone. Específicamente hablando, este modelo tiene cierta relación con el modelo propuesto por Golembiewski, Muzenrider y Carter (1988) quienes proponen “una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo del otro” (Martínez Pérez, 2010, p.17).

Otro punto a tener en cuenta dentro de este modelo, es la vulnerabilidad de los trabajadores jóvenes, ya que según Edelwich y Brodsky es una variable facilitadora del síndrome de Burnout.

#### **1.4.4.3. Modelo de Price y Murphy.**

Dentro de los modelos de proceso, se encuentra también el modelo de Price y Murphy (1984), quienes establecen un modelo que tiene 6 fases. Para estos autores, al igual que para Edelwich y Brodsky (1980), el síndrome de Burnout se desarrolla de manera progresiva. Lo que diferencia a este modelo de los otros modelos de proceso es el sentimiento de culpa, esta es una variable determinante a la hora de desarrollarse el síndrome de Burnout. Dentro de las 6 fases que contiene este modelo, las cuatro primeras son las determinantes en el desarrollo y mantenimiento del síndrome. Las últimas dos fases se relacionan con la superación del síndrome y la capacidad de pedir ayuda y llegar al equilibrio. Para comprender mejor este modelo, observemos cómo se desarrollan y perpetúa el síndrome a través de las distintas fases propuestas por Price y Murphy (1984) citado por Montejo Martín (2014, p.371)

1. Desorientación: el trabajador se siente extraño ante su nueva situación laboral, mide sus capacidades y recursos en contraposición con las demandas, percibe que “no llega” y se siente desorientado.
2. Inestabilidad emocional: se producen cambios afectivos influenciados por el grado de apoyo emocional y la actitud de distanciamiento hacia los demás.

3. Sentimiento de culpa derivado de la baja auto consideración profesional.
4. Tristeza y soledad. Una vez llegados a esta cuarta fase el proceso puede perpetuarse o superarse. Si se logra superar se observan las fases quinta y sexta:
5. Solicitud de ayuda.
6. Equilibrio.

Luego de revisar los tres modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, se puede tener una idea más clara sobre cómo el síndrome en cuestión, es un evento y un fenómeno cíclico que se retroalimenta en función del desarrollo del Síndrome. Según las características de la investigación que se ha llevado a cabo en la ciudad de Quito y en base a las baterías utilizadas, el modelo que parece ser el más completo y el principal, no sólo dentro de los modelos de proceso sobre el SQT, sino dentro de todos los modelos en general que se revisan dentro de este apartado teórico, el modelo de Maslach y Jackson es el más completo y eficaz. En base al desarrollo del modelo tridimensional de estos autores, se han desplegado y desarrollado muchos modelos más que intentan explicar la etiología del SQT. Se debe tomar en cuenta la importancia del modelo tridimensional de Maslach y Jackson, ya que en base a este modelo, se desarrolló el MBI, el cual ha servido de modelo a muchos investigadores. La minuciosidad del MBI así como su eficacia en muchos contextos en los cuales ha sido aplicado, determina por sí solo la importancia de estudiar y utilizar este modelo como guía para futuros estudios sobre el tema. Aún así, este modelo no propone dentro de su estructura un proceso de superación del síndrome, cosa que sí toma en cuenta el modelo de Price y Murphy, el cual explica que las últimas dos fases del modelo de dichos autores se relacionan con la superación del síndrome y la capacidad de pedir ayuda. Es importante recalcar que al conocer varios modelos y tener un abanico de posibilidades, se debe tomar los aspectos que más se ajusten a nuestra realidad de estudio a la vez que utilizar constructos de distintos autores para de esta manera enriquecer y tener un panorama más amplio del fenómeno que estamos investigando. Es para eso que se desarrolla un Marco Teórico, para de esta manera poder tener a la mano diversas teorías y ver cuál o cuáles de ellas se ajustan más a nuestra realidad.

#### **1.4.5. Modelo de la Teoría Estructural.**

##### **1.4.5.1. Modelo de Gil-Monte.**

Este autor es uno de los referentes en cuanto a los estudios sobre el Burnout en el contexto hispanoamericano. Es más, Gil-Monte fue quien tradujo el término de Burnout al español como Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT). Esta conceptualización la hizo en el año 2007.

Según este modelo, el Burnout se caracteriza como una respuesta al estrés laboral crónico, mediado por las cogniciones del sujeto una vez que las herramientas de afrontamiento de las cuales dispone no han resultado efectivas. Como explica Gil-Monte, et al. (1998): Las cogniciones y las emociones son variables mediadoras entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Blanco, 2014, p.42).

Gil-Monte realiza un análisis exhaustivo de las distintas teorías sobre el Burnout, especialmente de los diferentes modelos explicados en este trabajo, tales como los modelos de la Teoría Sociocognitiva, Teoría del Intercambio Social y Teoría Organizacional. Al mismo tiempo, toma como base el MBI, aunque propone un nuevo aproximamiento hacia la comprensión del Burnout, en donde son cuatro los factores principales y determinantes en el desarrollo del Síndrome. Estas cuatro variables propuestas por Gil-Monte serían Baja ilusión por el trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa. Vale recalcar que las tres primeras se darían en la mayoría de sujetos, mientras que el sentimiento de culpa aparecería en otro grupo de sujetos que no saben cómo manejar y generar estrategias de afrontamiento hacia las primeras variables.

Esto hace que Gil-Monte distinga dos perfiles en el Síndrome de Burnout. Así, “el perfil 1, conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo” (Díaz y Gómez, 2011, p.116). Aun así, este primer perfil lleva aparejado la baja ilusión por el trabajo, desgaste psíquico e indolencia, aunque los sentimientos de culpa no se manifiestan en este caso. Mientras que el segundo perfil “constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT” (Díaz y Gómez, 2011, p.116). En este perfil es donde aparecerían los sentimientos de culpa.

Lo interesante de este modelo, es la visión integral que desarrolla Gil-Monte a la hora de comprender el Síndrome de Burnout. Por un lado, el autor entiende que las variables socio cognitivas son esenciales en el mencionado Síndrome, aunque no deja de lado los aspectos emocionales y psicosomáticos. Esto es importante recalcar, ya que, si el síndrome se mantiene durante un tiempo prolongado, tendrá repercusiones a nivel físico. Siguiendo al

mismo Gil-Monte (2007, 2008) “si los niveles del SQT se mantienen altos durante largos períodos de tiempo tendrán consecuencias nocivas para los trabajadores, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas” (p.6). Estas alteraciones psicosomáticas pueden ser desde dolores de cabeza, insomnio, gastritis, problemas cardiorrespiratorios, etc. Al mismo tiempo el síndrome afecta no sólo al individuo, sino también a la organización en la cual se desenvuelve.

El primer síntoma del Síndrome según este modelo es la Baja Ilusión por el trabajo, síntoma que se lo encuentra relacionado con el primer síntoma del modelo tridimensional de Maslach y Jackson, el cual es la Falta de realización personal en el trabajo. Este primer factor está condicionado por el aspecto cognitivo, ya que, en este nivel, las cogniciones del trabajador influyen en cómo se percibe este en relación a su trabajo y a los objetivos que ha podido lograr dentro del mismo. En los casos en los cuales se desarrolla el Burnout, este proceso cognitivo se ve deteriorado, y las expectativas del trabajador se ven insatisfechas e incompletas. Siguiendo la teoría del modelo estructural de Gil-Monte, el segundo factor o síntoma que se desarrollaría sería el de Desgaste Psíquico, relacionado con un deterioro a nivel emocional y/o físico. En tercer lugar se observa el fenómeno de la Indolencia, el cual representa actitudes de frialdad y distanciamiento hacia los usuarios y compañeros de trabajo. Este factor se relaciona claramente con el factor de Despersonalización del modelo tridimensional de Maslach y Jackson. Por último, y no en todos los casos, tal como se vio anteriormente, aparece el sentimiento de culpa, causado por los comportamientos y actitudes que ha tenido el trabajador hacia su entorno y las personas con quienes se desenvuelve en su actividad laboral.

Para Gil-Monte, el aspecto emocional resulta bastante importante a la hora de hablar sobre el SQT. “Dos procesos emocionales característicos del SQT son la empatía que conlleva sentir las experiencias de la persona a la que se atiende y la frustración, que puede dar lugar a conductas agresivas” (Blanco, 2014, p.47).

El problema del aspecto emocional se debe a que la mayoría de organizaciones tienen ciertos protocolos en cuanto a la expresión de emociones, ya que éstas son reprimidas o no permitidas debido a los protocolos de las organizaciones o a las normas sociales, las cuales muchas veces determinan que emociones pueden ser expresadas y cuáles no.

Para finalizar, y luego de haber revisado los modelos existentes en cuánto al desarrollo del Síndrome de Burnout, el modelo de Gil-Monte es el modelo más completo que se ha

desarrollado en esta área. Es claro que el modelo de Gil-Monte, aparte de abarcar una amplia gama de fenómenos y síntomas que determinan el Burnout, ha sido el investigador que ha logrado ajustar al ámbito hispanoamericano ciertos constructos y desarrollar de esta manera un cuestionario que se adapte a las necesidades y realidades del mundo hispanoparlante. Esto hace a Gil-Monte un referente en el estudio del Burnout, ya que su exhaustivo análisis de las teorías sobre el Burnout así como su detallada explicación del mismo, lo convierten en el investigador de referencia para cualquiera que quiera aproximarse a la comprensión de este fenómeno, particularmente a los hispanoparlantes. Es muy importante y completo la visión integradora de este modelo, ya que toma en cuenta desde las variables sociocognitivas hasta aspectos emocionales y psicosomáticos. Ha sido el modelo más completo y elaborado, ya que para explicar un fenómeno que afecta al ser humano, se deben disponer de una amplia gama de conceptos, constructos y realidades que afectan al mismo.

## **CAPÍTULO 2**

### **METODOLOGÍA**

## **2.1. Objetivos**

Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras de una institución de salud privada, ubicada en el centro-norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

### **2.1.2. Objetivos específicos.**

- Identificar la caracterización de la muestra sociodemográfico de los profesionales de salud investigados.
- Identificar las características laborales de los profesionales de la salud investigados.
- Determinar las tres principales dimensiones del burnout en la muestra investigada.
- Identificar el malestar emocional en los profesionales de la salud investigados.
- Conocer las distintas estrategias de afrontamiento más utilizados por los profesionales de salud.
- Identificar la percepción del apoyo social que tienen los profesionales de la salud, entendiendo este apoyo desde el aspecto emocional, instrumental y social.
- Identificar los rasgos de personalidad de la muestra investigada.

## **2.2. Preguntas de investigación.**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada?

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada?

¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* es la que presenta un alto nivel?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra investigada?

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social?

## **2.3. Contexto de la investigación.**

La actual investigación se enfocó en la evaluación del personal médico y de enfermería de una institución privada ubicada en la zona centro norte de la ciudad de Quito. Es una institución que cuenta con equipos modernos para la investigación y análisis médico, así como con una buena cantidad de profesionales de salud que brindan sus servicios a dicha entidad. La institución cuenta con una gran diversidad de servicios, entre los que se encuentran: hospitalización, emergencia, quirófano, laboratorio, imagen, entre otros. Está ubicada en una zona de fácil acceso y cuenta con una buena distribución de espacios, luz y color lo cual genera en la institución un ambiente agradable.

## **2.4. Diseño de investigación.**

La metodología que se utilizó para realizar la presente investigación y recolección de datos fue de tipo exploratorio, ya que el tema en cuestión (Burnout en profesionales de la salud) ha sido poco estudiado y desarrollado en el Ecuador. Al realizar este estudio de tipo exploratorio, se ha intentado familiarizarse con un tema poco conocido en el contexto actual y, de esta manera, se ha intentado “obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones o postulados” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.79).

Al tratarse de un tipo de investigación en la cual se tuvo que analizar datos posterior a la recolección de los mismos, el estudio no tuvo sólo un alcance de tipo exploratorio, sino que presentó características de una investigación descriptiva, ya que se tuvo que realizar tabulación y análisis de datos personales y variables intra e interindividuales. Al mismo tiempo, la investigación tuvo un alcance correlacional, ya que se buscó relacionar variables analizadas en el nivel descriptivo. Tal como explican Hernández et al. (2010), en relación a los estudios de alcance correlacional. “Este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular” (p.81).

Por otro lado, junto a la metodología utilizada para la recolección y análisis de datos relacionados al fenómeno del Burnout en profesionales de la salud, se utilizó un enfoque de tipo cuantitativo, ya que el presente estudio fue estructurado de manera sistemática, en el cuál se tuvieron que realizando ciertos pasos o procesos antes de poder continuar a los siguientes niveles de la investigación. Este hecho hizo que el estudio tenga una característica netamente cuantitativa, ya que se usó “la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández et al. 2010, p.4).

## **2.5. Muestra.**

La unidad de análisis o individuos que fueron parte de la presente investigación fueron el personal médico de una institución privada de salud, ubicada en la ciudad de Quito. Se

escogió a 20 médicos y 20 enfermeras que prestan sus servicios a dicha institución. Sin embargo, la muestra final real fue de 19 médicos y 16 enfermeras, esto debido a que los casos que quedaron fuera no cumplieron con los criterios de inclusión que solicitaba la presente investigación. Estos criterios eran el ser profesional de medicina o enfermería, estar en servicio activo actualmente, firmar el consentimiento informado y tener por lo menos 3 años de experiencia profesional en el campo.

Así, la muestra invitada fue de 20 médicos y de 20 enfermeras, pero una vez realizado el ingreso de dato en las matrices correspondientes, la muestra real fue de 19 médicos y 16 enfermeras.

El tipo de muestra que se utilizó fue no probabilística o dirigida, ya que los individuos a quienes se escogió debían cumplir algunos requisitos específicos, entre ellos ser médicos o enfermeras pertenecientes a una institución de Salud, sea pública o privada.

Para que los individuos que eran parte de la muestra puedan ser aceptados para el presente estudio, debieron firmar una carta de consentimiento, en donde se especificaba que los datos personales que den serían totalmente confidenciales, y únicamente serían útiles para el alcance de la presente investigación.

## **2.6. Procedimiento.**

Los pasos para el desarrollo de la investigación fueron los siguientes:

- Se elaboró una carta de solicitud hacia los directivos de una institución de salud, en donde se solicitaba la apertura para poder realizar el proceso de recolección de datos pertinentes para la presente investigación.
- Se procedió a visitar, una vez que se tenía la carta de solicitud, un par de centros de salud privados. En este caso, se visitaron dos instituciones de salud. En una de ellas no hubo una apertura tan clara, ya que no contaban con la cantidad necesaria que la muestra del presente estudio requería. En la otra institución, si se contaba con el número adecuado que implicaba la muestra, y también existió apertura por parte del Director Médico de la institución para realizar el proceso de recolección de datos y cualquier otro tipo de actividad que sea pertinente a la investigación en curso.

- Una vez aceptada la carta de solicitud, se procedió a armar un horario en el cual se trabajaría junto con el personal médico y de enfermería. Una vez armado el horario, se procedió a seleccionar a los individuos que serían parte de la muestra.
- Primero se seleccionó al personal de enfermería, luego de haber tenido una reunión con la jefa de enfermería, explicándole los detalles y el alcance de la actual investigación. Ella realizó la selección de las posibles enfermeras que podrían facilitar la información que se necesitaba para llenar los cuestionarios, y posteriormente se realizó la aplicación de las encuestas con cada enfermera, explicándoles previamente la confidencialidad de los datos que se manejarían, así como la necesidad que firmen el consentimiento informado para poder proceder a la aplicación de las distintas baterías. Se necesitaron alrededor de 10 días para realizar las 20 encuestas al personal de enfermería, debido a que están en constante actividad.
- Posterior a la reunión con la jefa de enfermería, se tuvo una reunión con el médico encargado de la sección de emergencias, a quien asimismo se le explicó los detalles de la investigación. Se procedió a aplicar las baterías a los médicos los mismos días que se aplicaron a las enfermeras, pero en horarios distintos. El tiempo que tomó realizar el levantamiento de datos mediante la aplicación de las distintas baterías al personal médico fue unos 15 días aproximadamente.

## **2.7. Instrumentos.**

Los instrumentos que se utilizaron para levantar la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos y de la investigación actual, fueron los que se detallan a continuación. Se utilizaron 6 baterías:

### **2.7.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral.**

Esta batería está diseñada para recolectar todo lo que es datos personales y laborales, que serán necesarios para el estudio sobre el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. La información que se recolecta es la edad, estado civil, número de hijos, estado civil, años de experiencia laboral, número de pacientes que atiende a diario entre otros.

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

Esta batería, diseñada por Maslach, es la batería más utilizada para medir niveles de burnout en la persona. Así, este cuestionario consta de 22 ítems con escala tipo Likert. Los 22 ítems que componen esta batería miden diferentes aspectos de la vida de la persona, tanto a nivel individual, social y laboral. “Este inventario se divide en tres subescalas que miden tres factores ortogonales cada una, denominados: *agotamiento emocional* (Emocional exhaustion), (9 ítems); *despersonalización* (Depersonalization), (5 ítems); y, *realización personal en el trabajo* (Personal accomplishment), (8 ítems)”(Olivares y Gil-Monte, 2009, p.161).

Las 3 subescalas que utiliza para valorar las diferentes respuestas son:

- Agotamiento emocional: puntuaciones altas en esta escala indican posible presencia del síndrome de burnout.
- Despersonalización: puntuaciones altas indican presencia de niveles de frialdad y distanciamiento de la persona en relación a su entorno y sus relaciones.
- Realización personal: en este caso, las puntuaciones bajas son las que indican posible presencia del síndrome de burnout en el individuo. Bajas puntuaciones estarían indicando una baja autoestima y autoeficacia percibida, así como consecución de metas y/o logros.

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

Esta batería tiene una modalidad de autoadministración, en donde se busca conocer el estado de salud general del individuo mediante la aplicación de 28 ítems, divididos en 4 subescalas. “Este cuestionario fue elaborado por Golberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el auto reporte de sintomatología física” (García Viniegras, 1999, p.89).

Dentro de este cuestionario se evalúa el estado de salud tanto físico como mental, aunque como hemos visto más arriba, lo que avalúa es en verdad el estado mental. Las cuatro subescalas que componen este cuestionario son:

- Síntomas somáticos: dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, calor excesivo, entre otros.

- Ansiedad e insomnio: pánico, nerviosismo, desesperanza, entre otros.
- Disfunción social: dificultad para realizar actividades normales, satisfacción ante el trabajo, capacidad de toma de decisiones, entre otros.
- Depresión grave: pensamientos de muerte, incapacidad para hacer las cosas, entre otros.

“El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de *Golberg*” (García Viniegras, 1999, p.89).

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

Escala multidimensional tipo Likert, que consta con 28 ítems que buscan evaluar los diferentes tipos de respuesta del individuo ante situaciones de estrés o situaciones difíciles. Fue Carver quien presentó una versión abreviada del inventario original, y fueron Crespo y Cruzado quienes la adaptaron a la población Española. “Su creador, Carver (1997), considera que es idóneo en investigación, ya que proporciona una medida breve de afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz” (Morán, Landero y Morales, 2010, p.545).

Las distintas formas de afrontamiento que evalúa son:

- **Afrontamiento activo:** acciones que realiza el individuo para atenuar o eliminar las fuentes de estrés.
- **Auto-distracción:** capacidad de la persona de ocupar su mente en otras actividades que no se relacionen con el estresor.
- **Planificación:** la capacidad que tiene el individuo de actuar metódicamente cuando se presenta un estresor.
- **Apoyo instrumental:** como el individuo busca o solicita ayuda de personas capacitadas para poder hacer frente a determinada situación.
- **Apoyo emocional:** buscar ayuda y soporte emocional, simpatía y comprensión en otros.
- **Reinterpretación positiva:** ver en los estresores fuentes de aprendizaje y

crecimiento.

- **Aceptación:** aceptar de manera realista la situación que se está atravesando para tomar conciencia de ello y actuar en concordancia.
- **Humor:** no tomar tan en serio al problema y tener la capacidad de hacer bromas o reírse de ello. Esto atenúa un poco la situación y permite visualizar salidas y acciones más creativas.
- **Religión:** Utilizar fuentes espirituales para hacer frente a los problemas. Pueden ser ejercicios de meditación, caminata en el campo, rezar, ir a la iglesia. Depende de las creencias del individuo.
- **Desahogo:** tener la capacidad para expresar emociones y sacar sentimientos negativos. Esto ayuda mucho a descargar energías y despejar la mente y el corazón.
- **Uso de sustancias:** Utilizar drogas tales como alcohol, cigarrillo, drogas ilegales o medicamentos de farmacias para olvidarse de la situación o hacer más soportable la situación de estrés que se está atravesando.
- **Desconexión conductual:** evitar o reducir los esfuerzos para actuar en contra de un estresor.

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

Es un cuestionario auto administrado y consta de 20 ítems con escala tipo Likert, utilizados para conocer la extensión de la red social que posee la persona así como para identificar o conocer las dimensiones del apoyo social funcional. Estas dimensiones son cuatro:

- **Apoyo emocional:** posibilidad de tener alguien que brinde guía y ayuda.
- **Apoyo instrumental:** contar con ayuda doméstica.
- **Relaciones sociales de ocio y distracción:** contar con personas para comunicarse y realizar actividades de recreación.
- **Apoyo afectivo:** posibilidad de contar con personas que demuestren amor y cariño.

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

“El EPQR constituye sin duda la prueba de autoinforme para la evaluación de la personalidad

más elaborada entre las desarrolladas por el grupo de Eysenck” (Sandín, Valiente, Chorot, Olmedo y Santed, 2002, p. 196).

Aun así, debido a la extensión del cuestionario original, se han creado versiones abreviadas como la que se utilizó para realizar la presente investigación. Esta batería consta de 24 ítems con respuesta dicotómica, que evalúan la personalidad en sus distintas facetas o dimensiones. La evaluación de la personalidad se la realiza mediante cuatro factores principales, que son:

- **Neurotisismo:** puntuaciones altas en esta escala indican niveles elevados de ansiedad, cambios bruscos de humor, problemas psicosomáticos. Puntuaciones bajas indican equilibrio u estabilidad así como un tono débil de respuesta. Aquí se permite medir si el individuo es estable o neurótico.
- **Extraversión:** puntuaciones altas indican un individuo social, optimista, impulsivo. Puntuaciones bajas indican un individuo retraído, con tendencia a la desconfianza y bajos niveles de agresión.
- **Psicotisismo:** puntuaciones altas indican despreocupación, bajos niveles de empatía, crueldad, conflictividad.
- **Sinceridad:** evalúa tendencias a emitir respuestas que sean deseables socialmente. El individuo busca dar una buena impresión. Esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

## **CAPÍTULO 3**

### **ANÁLISIS DE DATOS**

## Muestra

|                  | Médicos | Enfermeros |
|------------------|---------|------------|
| Muestra Invitada | 20      | 20         |
| Muestra real     | 19      | 16         |

En la tabla 1, se analiza la participación mayoritaria en relación al sexo, estado civil, etnia y promedio de edad y de hijos.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud**

|                           | Profesión |       |             |       |
|---------------------------|-----------|-------|-------------|-------|
|                           | Médico/a  |       | Enfermero/a |       |
|                           | N         | %     | N           | %     |
| <b>Sexo</b>               |           |       |             |       |
| Hombre                    | 11,0      | 57,9  | 1,0         | 6,3   |
| Mujer                     | 8,0       | 42,1  | 15,0        | 93,8  |
| <b>Edad</b>               |           |       |             |       |
| <i>M</i>                  | 37,1      |       | 40,9        |       |
| <i>DT</i>                 | 9,7       |       | 9,9         |       |
| Max                       | 52,0      |       | 57,0        |       |
| Min                       | 26,0      |       | 27,0        |       |
| <b>Número de hijos/as</b> |           |       |             |       |
| <i>M</i>                  | 1,4       |       | 1,1         |       |
| <i>DT</i>                 | 1,4       |       | 1,0         |       |
| Max                       | 4,0       |       | 3,0         |       |
| Min                       | 0,0       |       | 0,0         |       |
| <b>Etnia</b>              |           |       |             |       |
| Mestizo/a                 | 19,0      | 100,0 | 16,0        | 100,0 |
| Blanco/a                  | 0,0       | 0,0   | 0,0         | 0,0   |
| Afroecuatoriano/a         | 0,0       | 0,0   | 0,0         | 0,0   |
| Indígena                  | 0,0       | 0,0   | 0,0         | 0,0   |
| <b>Estado civil</b>       |           |       |             |       |
| Soltero/a                 | 8,0       | 42,1  | 7,0         | 43,8  |
| Casado/a                  | 8,0       | 42,1  | 8,0         | 50,0  |
| Viudo/a                   | 0,0       | 0,0   | 0,0         | 0,0   |
| Divorciado/a              | 0,0       | 0,0   | 0,0         | 0,0   |
| Unión libre               | 3,0       | 15,8  | 1,0         | 6,3   |

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Almeida, P. (2017)

En relación a la información que se levantó durante la presente investigación, existió mayor aceptación por parte de hombres en cuanto al personal médico, con un 57.9%, mientras que en mujeres se obtuvo un 42,1%. En la muestra de enfermería, casi la totalidad de las participantes fueron mujeres, con un 93.8%, mientras que únicamente hubo un hombre, representando al 6.3% del total de la muestra de enfermería. La edad promedio de la muestra del personal médico es de 37,1 años, mientras que el promedio de edad en el personal de

enfermería es de 40.9 años. En cuanto al promedio de número de hijos de los médicos, fue de 1,4 años y, en el personal de enfermería el promedio fue de 1,1 años. La etnia prevaleciente en ambos grupos fue la mestiza, representando al 100% del total de la muestra en ambos casos. Finalmente, en cuanto a estado civil se refiere, en el personal médico el 42,1% son casados y el 42,1% son solteros, mientras que en el personal de enfermería el 50% son casadas/os y el 43,8% son solteras/os.

En la tabla 2, se interpretan las características laborales de la muestra investigada.

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

|                                 | Profesión |      |             |       |
|---------------------------------|-----------|------|-------------|-------|
|                                 | Médico/a  |      | Enfermero/a |       |
|                                 | N         | %    | N           | %     |
| <b>Ingresos mensuales</b>       |           |      |             |       |
| 0 a 1000                        | 0,0       | 0,0  | 9,0         | 56,3  |
| 1001 a 2000                     | 15,0      | 78,9 | 7,0         | 43,8  |
| 2001 a 3000                     | 4,0       | 21,1 | 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   |
| <b>Experiencia profesional</b>  |           |      |             |       |
| <i>M</i>                        | 10,5      |      | 13,3        |       |
| <i>DT</i>                       | 8,8       |      | 8,4         |       |
| Max                             | 28,0      |      | 27,0        |       |
| Min                             | 2,0       |      | 2,0         |       |
| <b>Sector en el que trabaja</b> |           |      |             |       |
| Público                         | 0,0       | 0,0  | 0,0         | 0,0   |
| Privado                         | 13,0      | 68,4 | 9,0         | 56,3  |
| Ambos                           | 6,0       | 31,6 | 7,0         | 43,8  |
| <b>Tipo de contrato</b>         |           |      |             |       |
| Eventual                        | 0,0       | 0,0  | 0,0         | 0,0   |
| Ocasional                       | 5,0       | 26,3 | 3,0         | 18,8  |
| Plazo fijo                      | 6,0       | 31,6 | 3,0         | 18,8  |
| Nombramiento                    | 8,0       | 42,1 | 10,0        | 62,5  |
| Servicios profesionales         | 0,0       | 0,0  | 0,0         | 0,0   |
| Ninguno                         | 0,0       | 0,0  | 0,0         | 0,0   |
| <b>Horas de trabajo/día</b>     |           |      |             |       |
| <i>M</i>                        | 10,9      |      | 12,1        |       |
| <i>DT</i>                       | 1,7       |      | 1,9         |       |
| Max                             | 12,0      |      | 18,0        |       |
| Min                             | 8,0       |      | 8,0         |       |
| <b>N° de pacientes/día</b>      |           |      |             |       |
| <i>M</i>                        | 25,4      |      | 14,5        |       |
| <i>DT</i>                       | 13,1      |      | 14,4        |       |
| Max                             | 70,0      |      | 60,0        |       |
| Min                             | 10,0      |      | 3,0         |       |
| <b>Recursos Institucionales</b> |           |      |             |       |
| Totalmente                      | 10,0      | 52,6 | 13,0        | 81,3  |
| Mediadamente                    | 8,0       | 42,1 | 3,0         | 18,8  |
| Poco                            | 0,0       | 0,0  | 0,0         | 0,0   |
| Nada                            | 1,0       | 5,3  | 0,0         | 0,0   |
| <b>Turnos</b>                   |           |      |             |       |
| Si                              | 15,0      | 78,9 | 16,0        | 100,0 |
| No                              | 4,0       | 21,1 | 0,0         | 0,0   |

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Almeida, P. (2017)

Dentro de las características laborales de los profesionales de la salud, se pudo apreciar que la remuneración salarial que percibe el personal médico se encuentra en su mayoría en el rango entre 1001 a 2000 dólares, representando el 68% de la muestra. En cuanto al personal de enfermería, la mayoría percibe un salario que se encuentra entre los 0 y 1000 dólares, representando el 56.3% de la muestra el personal que percibe este salario. En el ámbito de la experiencia profesional, en el personal médico el promedio de años en actividad profesional fue de 10.5 años, mientras que en el personal de enfermería el promedio de años laborados fue de 13.3 años. El sector en el que trabaja la muestra investigada, fue el privado en ambos casos, representando un 68.4% en la muestra del personal médico y el 56.3% en el personal de enfermería. En cuanto al tipo de contrato laboral, el contrato que prevaleció en ambos casos fue el de sin nombramiento, siendo un 42.1% el promedio en el personal médico y un 62.5% en la muestra de enfermería. El número de pacientes que atienden al día en la muestra del personal médico tuvo un promedio de 25,4 pacientes diarios, con 70 pacientes atendidos al día como punto máximo y 10 como punto mínimo. En cuanto al personal de enfermería, se encontró que el promedio de pacientes atendidos al día fue de 14.5 pacientes, siendo 60 el número de pacientes máximo que se atienden al día y 3 el mínimo. El promedio de la muestra del personal médico que sienten que sí reciben un apoyo de recursos institucionales fue del 52.6%, mientras que en el personal de enfermería el promedio de profesionales que sienten que sí reciben un apoyo total en cuanto recursos institucionales se refiere, fue de un 81.3%. Para terminar con esta tabla, terminamos interpretando el tema de los turnos laborales. El 78.9% es el promedio del personal médico que trabaja en turnos, mientras que el promedio encontrado en el personal de enfermería fue del 100%, es decir la totalidad de la muestra de enfermería trabaja en turnos.

En la tabla 3, se analizan los niveles altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización, mientras que se analizan los niveles bajos de Realización Personal.

**Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud**

|                       |       | Profesión |              |             |              |
|-----------------------|-------|-----------|--------------|-------------|--------------|
|                       |       | Médico/a  |              | Enfermero/a |              |
|                       |       | N         | % de columna | N           | % de columna |
| Agotamiento emocional | Bajo  | 8         | 42,1%        | 10          | 62,5%        |
|                       | Medio | 6         | 31,6%        | 4           | 25,0%        |
|                       | Alto  | 5         | 26,3%        | 2           | 12,5%        |
| Despersonalización    | Bajo  | 11        | 57,9%        | 11          | 68,8%        |
|                       | Medio | 4         | 21,1%        | 5           | 31,3%        |
|                       | Alto  | 4         | 21,1%        | 0           | 0,0%         |
| Realización personal  | Alto  | 10        | 52,6%        | 8           | 50,0%        |
|                       | Medio | 7         | 36,8%        | 5           | 31,3%        |
|                       | Bajo  | 2         | 10,5%        | 3           | 18,8%        |

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

Elaborado por: Almeida, P. (2017)

Dentro del Inventario del Síndrome de Burnout (MBI), en la dimensión de Agotamiento Emocional, se obtuvo que un 42.1% del personal médico presenta un nivel bajo de agotamiento emocional, mientras que un 62.5% del personal de enfermería presentan niveles bajos de esta dimensión. En cuanto al fenómeno de Despersonalización, se encontró que ambas muestras presentan niveles bajos de dicho fenómeno, siendo así un 57.9% en el personal médico y un 68.8% en el personal de enfermería. En la dimensión de Realización Personal, ambas muestras obtuvieron niveles altos de esta dimensión, representando un 52.6% en el personal médico y un 50% en el personal de enfermería.

En la tabla 4, se indican si existe o no el fenómeno del Burnout en la población investigada.

**Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.**

|         |              | Profesión |              |             |              |
|---------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|
|         |              | Médico/a  |              | Enfermero/a |              |
|         |              | N         | % de columna | N           | % de columna |
| Burnout | No presencia | 19        | 100,0%       | 16          | 100,0%       |
|         | Presencia    | 0         | 0,0%         | 0           | 0,0%         |

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)  
Elaborado por: Almeida, P. (2017)

Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI, se determinó que no existe ningún caso de Burnout en los profesionales de la salud de la muestra investigada. Esto aplica para ambas muestras, la del personal médico y de enfermería.

En la tabla 5, se realiza un análisis comparativo de las distintas subescalas del presente cuestionario que más se presentan en médicos y enfermeras/os.

**Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud**

|                    |         | Profesión |              |             |              |
|--------------------|---------|-----------|--------------|-------------|--------------|
|                    |         | Médico/a  |              | Enfermero/a |              |
|                    |         | N         | % de columna | N           | % de columna |
| Síntomas somáticos | No caso | 17        | 89,5%        | 11          | 68,8%        |
|                    | Caso    | 2         | 10,5%        | 5           | 31,3%        |
| Ansiedad           | No caso | 11        | 57,9%        | 11          | 68,8%        |
|                    | Caso    | 8         | 42,1%        | 5           | 31,3%        |
| Disfunción social  | No caso | 19        | 100,0%       | 16          | 100,0%       |
|                    | Caso    | 0         | 0,0%         | 0           | 0,0%         |
| Depresión          | No caso | 18        | 94,7%        | 16          | 100,0%       |
|                    | Caso    | 1         | 5,3%         | 0           | 0,0%         |

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)  
Elaborado por: Almeida, P. (2017)

En la primera escala, referente a Síntomas somáticos, se encontró que existen 2 casos con este tipo de síntomas en el personal médico, mientras que en el personal de enfermería fueron 5 los casos que presentaron síntomas somáticos. Así, un 10.5% de la muestra del personal médico presento síntomas somáticos, mientras que un 31.3% de la muestra del personal de

enfermería presentó tales síntomas. En la escala de Ansiedad se pudo observar mayores casos en ambas muestras, siendo un 42,1% el promedio de casos que presentan ansiedad en el grupo de los médicos y un 31.3% en el grupo de enfermería. Vemos así que el personal médico presenta más casos de ansiedad que el personal de enfermería, existiendo una diferencia de un poco más del 10% entre ambos grupos. En la subescala de Disfunción social, no existió ninguna diferencia, ya que en ningún grupo se observaron síntomas que expresen la existencia de algún tipo de disfunción social. Finalmente, en cuanto a un cuadro depresivo, la diferencia al igual fue mínimo, encontrándose únicamente un caso en el personal médico que presenta síntomas de Depresión, y ningún caso en el personal de enfermería. El promedio de Depresión en el personal médico fue de 5.3%.

En la tabla 6, se analizan las distintas estrategias de afrontamiento, tomando como principales estrategias aquellas que presenten las medias más altas en la población investigada.

**Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.**

|                            | Profesión |      |      |      |             |      |      |      |
|----------------------------|-----------|------|------|------|-------------|------|------|------|
|                            | Médico/a  |      |      |      | Enfermero/a |      |      |      |
|                            | M         | DT   | Máx. | Mín. | M           | DT   | Máx. | Mín. |
| Auto distracción           | 1,79      | 1,58 | 6,00 | ,00  | 2,13        | 2,23 | 6,00 | ,00  |
| Afrontamiento activo       | 2,47      | 1,54 | 4,00 | ,00  | 2,00        | 1,90 | 5,00 | ,00  |
| Negación                   | ,53       | 1,02 | 3,00 | ,00  | ,19         | ,54  | 2,00 | ,00  |
| Uso de sustancias          | ,00       | ,00  | ,00  | ,00  | ,00         | ,00  | ,00  | ,00  |
| Apoyo emocional            | ,63       | ,96  | 3,00 | ,00  | ,31         | ,48  | 1,00 | ,00  |
| Apoyo instrumental         | 1,16      | 1,26 | 4,00 | ,00  | ,88         | 1,15 | 4,00 | ,00  |
| Retirada de comportamiento | ,37       | ,76  | 2,00 | ,00  | ,63         | ,89  | 3,00 | ,00  |
| Desahogo                   | ,68       | ,89  | 3,00 | ,00  | ,87         | 1,50 | 5,00 | ,00  |
| Replanteamiento positivo   | 1,47      | 1,35 | 4,00 | ,00  | 1,67        | 2,02 | 6,00 | ,00  |
| Planificación              | 2,53      | 1,68 | 5,00 | ,00  | 1,60        | 1,96 | 5,00 | ,00  |
| Humor                      | ,42       | ,69  | 2,00 | ,00  | ,40         | ,63  | 2,00 | ,00  |
| Aceptación                 | 2,32      | 1,70 | 5,00 | ,00  | 2,07        | 2,37 | 6,00 | ,00  |
| Religión                   | 1,21      | 1,96 | 6,00 | ,00  | 1,69        | 1,58 | 4,00 | ,00  |
| Culpa de si mismo          | 1,11      | 1,45 | 6,00 | ,00  | ,80         | 1,01 | 3,00 | ,00  |

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

Elaborado por: Almeida, P. (2017)

En estrategias de afrontamiento, se determinó que las estrategias que poseen una media más alta en el personal médico fueron: Planificación (2.53%), Afrontamiento Activo (2.47%), Aceptación (2.32%) y Autodistracción (1.79%). En cuanto al personal de enfermería, las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron: Autodistracción (2.13%, Afrontamiento Activo (2%), Aceptación (2.07%) y Religión (1.69%).

En la tabla 7, se compara la media más alta entre los grupos.

**Tabla 7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.**

|                     | Profesión |       |        |       |             |       |        |       |
|---------------------|-----------|-------|--------|-------|-------------|-------|--------|-------|
|                     | Médico/a  |       |        |       | Enfermero/a |       |        |       |
|                     | M         | DT    | Máx.   | Mín.  | M           | DT    | Máx.   | Mín.  |
| Apoyo emocional     | 69,87     | 27,37 | 100,00 | 20,00 | 69,64       | 24,33 | 100,00 | 30,00 |
| Apoyo instrumental  | 74,47     | 24,15 | 100,00 | 20,00 | 70,94       | 29,62 | 100,00 | 25,00 |
| Relaciones sociales | 81,67     | 22,69 | 100,00 | 20,00 | 75,31       | 20,37 | 100,00 | 35,00 |
| Amor y cariño       | 83,16     | 20,89 | 100,00 | 20,00 | 80,44       | 26,24 | 100,00 | 33,33 |

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).  
Elaborado por: Almeida, P. (2017)

En relación al apoyo social, el constructo de Amor y Cariño fue el que obtuvo la media más alta en ambos grupos, siendo de un 83.16% para los médicos y de un 80.44% para el personal de enfermería. En segundo lugar, igualmente se determinó que para ambos grupos se ubica el aspecto de las Relaciones Sociales, representando un promedio de 81.67% para el personal médico y un 75.31% para el personal de enfermería. En tercer lugar la percepción de Apoyo Instrumental fue la preferida por ambos grupos, siendo un 74.47% para el personal médico y 70.94% para el personal de enfermería. En último lugar se ubicó el Apoyo Emocional, siendo de 69.87% para los médicos y 69.64% para el personal de enfermería.

En la tabla 8, se analiza el rasgo más alto y se lo compara entre los grupos.

**Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.**

|              | Profesión |      |      |      |             |      |      |      |
|--------------|-----------|------|------|------|-------------|------|------|------|
|              | Médico/a  |      |      |      | Enfermero/a |      |      |      |
|              | M         | DT.  | Máx. | Mín. | M           | DT.  | Máx. | Mín. |
| Neurotismo   | ,89       | 1,29 | 4,00 | ,00  | 1,44        | 1,55 | 4,00 | ,00  |
| Extroversión | 4,26      | 1,76 | 6,00 | ,00  | 4,33        | 2,16 | 6,00 | ,00  |
| Psicosis     | 1,84      | ,96  | 3,00 | ,00  | 1,67        | ,98  | 3,00 | ,00  |

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

Elaborado por: Almeida, P. (2017)

El rasgo de personalidad más alto fue el de Extroversión, esto para ambos grupos, siendo el promedio de 4.33 para el personal de enfermería y de 4.26 para el personal médico. Le sigue el rasgo de Psicosis, así mismo para ambos grupos, representando un promedio de 1.84 para el personal médico y de 1.67 para el personal de enfermería. Para terminar, se ubica el rasgo de Neurotismo, siendo de 1.44 el promedio en el personal de enfermería y de 0.89 en el personal médico.

**CAPÍTULO 4**  
**DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El proceso de discusión se lo hizo en relación a los objetivos planteados dentro del apartado metodológico y basado en el análisis de datos de las diferentes baterías que se aplicaron a los participantes para la presente investigación.

El primer objetivo planteado fue en relación a la caracterización de los datos sociodemográficos en los profesionales de la salud del centro investigado. Datos tales como edad, estado civil, ingresos, número de hijos, años de experiencia profesional, número de pacientes que atiende a diario, entre otros, fueron los que se recolectaron luego de la aplicación del cuestionario referente a este tema, a los 35 profesionales de la salud (muestra real) de una institución de salud privada ubicada en la ciudad de Quito, durante el año 2017.

Dentro del perfil sociodemográfico, el 57.9% de la muestra fueron hombres en cuanto al personal médico se refiere, mientras que el 42.1% fueron mujeres. En el personal de enfermería, el 93.8% fueron mujeres, mientras que el 6.3% fueron hombres (1 sólo hombre en la muestra de enfermería). Estas cantidades son similares a las determinadas por Lauro de los Ríos, Barrios-Santiago, Ocampo-Mansilla y Luzeldy (2007), en un estudio sobre la presencia de Burnout en personal de enfermería de una institución de salud en San Luis Potosí-México, en donde el 98% de la muestra fueron mujeres, mientras que el 2% fueron varones.

En cuanto al promedio de edad, en la muestra que se investigó, el promedio de edad fue de 39 años, dato que se asemeja al estudio realizado por Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón (2011), en el cual la edad promedio del personal médico investigado fue de 34,05 años. Se pudo determinar una relación entre la edad promedio y cierta tendencia a presentar síntomas o rasgos del burnout. En nuestro estudio, en cuanto a personal médico se refiere, este grupo presentó niveles más altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y, al mismo tiempo, era el grupo más joven, con un promedio de edad de 37 años, mientras que el grupo de enfermería, que tenían un promedio de edad mayor, presentaban menos rasgos de sintomatología asociada al burnout. En el estudio de Corredor y Monroy (2009), quienes se encontraban en el rango de edad entre 20 a 35 años, presentaron mayor probabilidad de presentar Burnout.

El promedio de número de hijos fue similar en ambos grupos, es decir, en el personal médico y en el de enfermería, existiendo un promedio de número de hijos de entre el 1 y el 1.5 hijos. El 100% de la muestra fue determinada como mestiza, mientras que en lo relacionado al estado civil, se encontró que el 42.95% de la muestra es soltero, mientras que el 46.05% es

casado/a, datos que concuerdan con el estudio de Rodríguez et al. (2011), en el cual la mayoría de la muestra se encontraba entre casado y soltero, siguiendo la unión libre en tercer lugar en la actual investigación y en el de Rodríguez et al. (2011). Al mismo tiempo, en el presente estudio, el personal médico, quien fue el que tuvo índices más altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización, dos fenómenos relacionado claramente al estrés laboral, eran en su mayoría casados, datos que concuerdan con el estudio de Corredor y Monroy (2009), en donde el estrés estuvo asociado al estado civil, en donde las personas casadas presentaban mayores índices de estrés.

El segundo objetivo planteado dentro la investigación fue en relación a la caracterización de los perfiles laborales de los encuestados. En cuanto a ingresos mensuales se refiere, el 78.9% del personal médico percibe un ingreso entre 1000 y 2000 dólares, mientras que 56.3% del personal de enfermería percibe un ingreso ubicado entre los 0 y 1000 dólares. En cuanto al tipo de contrato, al igual que en el estudio de Rodríguez et al. (2011), el tipo de contrato que prevalece es el Indefinido o Sin Nombramiento, siendo en la presente investigación el 52.3% quienes tienen este tipo de contrato, mientras que en el estudio realizado por Rodríguez et al. (2011), fue de 61.4% quienes se ubicaban dentro del contrato Indefinido.

El tercer objetivo planteado fue en relación a la prevalencia de las 3 principales dimensiones de Burnout en la muestra investigada. Recordando los constructos estudiados en relación al Burnout, estos son Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Vale recalcar, que los resultados de nuestro estudio en este punto se asemejan a los encontrados por Corredor y Monroy (2009), en donde los médicos presentaron tasas más altas de Agotamiento Emocional y Despersonalización que las enfermeras, mientras que en el constructo de Realización Personal, los médicos también presentaron niveles más altos que el personal de enfermería. En nuestra investigación realizada encontramos los mismos datos, en donde el personal médico puntuó más alto en Agotamiento Emocional y Despersonalización, e igual más alto en Realización Personal. Haciendo un análisis general de los niveles de Burnout en la muestra investigada, se determinó que no existió el fenómeno de burnout en los participantes de la investigación, si bien hubo presencia de cierta sintomatología asociada al estrés, no se determinó el fenómeno completo y complejo que es el burnout. Estos datos se relacionan con el estudio de Corredor y Monroy (2009), en el cual la mayoría de la muestra (90%) puntuó en niveles bajos de burnout. En nuestra muestra el 100% presentó niveles bajos o inexistentes de burnout.

En el primer constructo sobre Agotamiento Emocional, se evidenció que el 19.4% del total de la muestra mostró síntomas de Agotamiento Emocional alto, dato que nuevamente podemos equiparar con el estudio de Rodríguez et al. (2011), en el cual el 20.7% de la muestra presentó igualmente estas características de Agotamiento Emocional alto. Cabe recalcar aquí, que en nuestro estudio el Agotamiento Emocional alto se presentó de manera mayoritaria en el personal médico, mientras que en el personal de enfermería fue un porcentaje más reducido, el cual presentó estas características tal como se comentó más arriba al comparar la investigación que realizamos con el estudio de Corredor y Monroy (2009). Esto puede ser debido a que el personal médico está en constante actividad en la sala de emergencias, y tienen que hacer frente a situaciones altamente estresantes y delicadas, mientras que el personal de enfermería si bien tiene también un trabajo bastante arduo, no es tan intenso como el del personal médico. Por otro lado, el personal de enfermería de nuestra muestra tiene más experiencia en cuanto a años de trabajo, mientras que el personal médico tiene un porcentaje menor en cuanto a experiencia laboral, lo cual también podría indicar que disponen de menos herramientas de afrontamiento dentro de su trabajo. En la dimensión de Despersonalización, el 21.1% de la muestra del personal médico demostró niveles altos de esta dimensión, mientras que el personal de enfermería no demostró ningún rasgo de Despersonalización. En el estudio realizado por Rodríguez et al. (2011), el 16.8% de la muestra demostró rasgos de Despersonalización. Dentro del constructo de Realización Personal, el 51.3% del total de la muestra en nuestro estudio mostró niveles altos de esta dimensión.

El cuarto objetivo del estudio fue determinar la existencia de malestar emocional en la muestra. En cuanto a síntomas somáticos, el grupo del personal médico presentó menos tasa de incidencia en esta dimensión, teniendo un 10.5% de malestar a nivel somático, mientras que el personal de enfermería presentó un 31.3% de malestar somático. Es muy probable que el personal de enfermería haya presentado índices más altos en esta dimensión debido a que en su mayoría son mujeres que están entre los 40 años, mientras que en el personal médico la mayoría de la muestra fueron hombres de menor edad. Es probable que en la edad en las cuales se encuentran las enfermeras de la muestra investigada estén atravesando también ciertos ciclos vitales como la menopausia, lo cual las hace más susceptibles a presentar síntomas somáticos. Así mismo, el nivel de energía no es el mismo y las puede hacer más vulnerables a desarrollar este tipo de sintomatología. Esto es importante tener en cuenta si se quieren realizar medidas preventivas y de bienestar laboral dentro del personal de enfermería para hacer frente a las situaciones adversas que se presentan en el espacio de trabajo.

Dentro del constructo de Ansiedad se observó que el personal médico es quien más presenta esta dimensión, siendo 8 casos quienes presentan síntomas de ansiedad (42.1% de la muestra del personal médico), mientras que son 5 los casos que presentan esta dimensión en el personal de enfermería (31.3%). No se encontró niveles de deterioro o disfunción social en la muestra, mientras que casos de Depresión únicamente se encontró un caso dentro del personal médico.

El quinto objetivo de la investigación fue el de conocer las diferentes estrategias de afrontamiento que disponen el personal médico así como de enfermería. Se utilizó el inventario BRIEF COPE-28. Tomamos los datos más sobresalientes y altos para proceder a la discusión de este apartado. El personal médico utilizó como principal herramienta de afrontamiento la Planificación, mientras que en el personal de enfermería no se dio uso de esta herramienta. Esto puede deberse a que el personal médico dispone de una gama más amplia de conocimientos en cuánto a resolución de problemas, y se involucran de manera más personal y activa en la resolución de problemas. En la muestra de enfermería, la principal herramienta de afrontamiento fue la autodistracción, una forma un poco más despersonalizada de afrontar los problemas. Mientras que en el personal médico la autodistracción fue la última herramienta utilizada para afrontar los problemas. En la muestra de enfermería, otra herramienta utilizada por esta muestra fue el recurso de la Religión, mas no fue así en el personal médico. Es probable que el recurso de la Religión se dé aún es estratos económicos más bajos, para quienes el poder de la fe y de la religión sigue siendo un recurso importante en la vida cotidiana de las personas. Se pudo constatar en el presente estudio, que el personal médico pertenece a una clase social más alta que el personal de enfermería. Esto al parecer se correlaciona con afrontar los problemas de una manera más personal, mientras que al parecer existe una correlación en las clases económicas más bajas a tener presente la oración, la fe y lo recursos religiosos a la hora de afrontar un problema. Por otro lado, el hecho que el personal de enfermería utilice el recurso religiosos como herramienta de afrontamiento, podría explicar que se presenten niveles más bajos en cuanto a las dos primeras dimensiones del Burnout (Agotamiento emocional y Despersonalización), ya que dentro del aspecto de la Religión, existe aún el recurso de la Fe y de una especie de apoyo metafísico, algo que por otro lado se ha perdido en las personas que no toman en cuenta la Religión o quienes no creen en alguna forma de Divinidad. Esto es un punto poco estudiado pero que podría ser muy importante, ya que el aspecto espiritual es básico para mantener un equilibrio en el individuo.

Continuamos nuestra discusión con la percepción del apoyo social que registraron los integrantes de la muestra investigada. En ambas muestras, la percepción sobre apoyo social fue la misma en cuanto a porcentajes, siendo la mayor fuente de apoyo social percibido la de amor y cariño, siguiendo las relaciones sociales, luego el apoyo instrumental y finalmente el apoyo emocional. Es interesante recalcar aquí, que el apoyo emocional está inversamente proporcional al constructo de amor y cariño, siendo el amor y cariño expresiones de un afecto y apoyo emocional.

Por último pero no menos importante, está la identificación de los rasgos de personalidad de la muestra investigada. La mayoría de la muestra presentó como rasgo predominante de personalidad el constructo de Extroversión. El segundo rasgo predominante fue el de Psicotismo y el menos dominante, fue el de Neuroticismo.

## CONCLUSIONES

- ✓ Con el desarrollo de esta investigación se determinó que no existió presencia del síndrome de Burnout, aunque se hace necesario realizar más estudios en una muestra más grande para poder realizar conclusiones más eficaces y compararlas con otros estudios realizados en otras partes del país. Aun así, existieron pocos casos que presentaron sintomatología asociada al estrés laboral.
- ✓ La mayoría de la muestra del personal de enfermería fueron mujeres. La totalidad de la muestra del estudio fue de etnia mestiza. Se encontró que los profesionales de salud de la muestra investigada trabajan entre 10 y 12 horas diarias.
- ✓ Dentro de las tres dimensiones principales del burnout, se determinó que 7 profesionales de la muestra, presentan niveles altos de Agotamiento Emocional, mientras que 4 integrantes presentaron niveles altos de Despersonalización, 5 integrantes presentaron niveles bajos de Realización Personal.
- ✓ En cuanto a malestar emocional se refiere, se evidenció que 7 integrantes manifestaron síntomas somáticos, mientras que lo más llamativo fue que 13 integrantes de la muestra presentaron síntomas de Ansiedad.
- ✓ El Apoyo Emocional fue el menos percibido por ambos grupos como fuente de Apoyo Social. Esto es importante reconocer, ya que el aspecto emocional es clave dentro de los constructos que sirven como base para el apoyo social y para hacer frente a diversas situaciones que generen malestar en la persona.
- ✓ El rasgo de personalidad predominante fue el de extroversión, seguido por el de Psicotismo y finalmente, el menos dominante fue el de Neuroticismo.

## RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones formuladas en el punto anterior, se ha procedido a desarrollar una serie de recomendaciones que pueden ser pertinentes y útiles desde una perspectiva preventiva, en vista de que no se han encontrado casos patológicos de la presencia del síndrome de Burnout en el personal investigado, aunque sí se determinó la existencia de sintomatología asociada al estrés laboral.

- Debido a que no existió presencia del síndrome de Burnout en la muestra investigada, pero si se evidenciaron casos relacionados al estrés laboral, se recomienda realizar reuniones y exposiciones del tipo informativas, en donde se explique de manera detallada y con ejemplos en qué consiste el Síndrome de Burnout así como las manera de poder distinguir cuando una persona está atravesando momentos relacionados al estrés laboral. Debido al crecimiento incipiente de las grandes ciudades, es muy útil de poder disponer de herramientas y estrategias de afrontamiento para de esta manera estar prevenidos antes posibles situaciones que puedan generar malestar dentro del contexto laboral y posible sintomatología asociada al estrés laboral. Este tipo de propuesta se recomienda hacerla en la sala de reuniones dentro de la misma institución de salud. Mediante proyecciones en Power Point se puede ir desarrollando las ideas a tratar y las formas de enfrentar dichas situaciones que provoquen estrés laboral.
- Se recomienda generar espacios de esparcimiento dentro de la misma institución. Esto se lo puede realizar destinando una sala o un espacio dentro de la institución en dónde el profesional de la salud pueda “disipar” un poco su atención y relajarse, debido a que la muestra investigada trabaja entre 10 – 12 horas diarias. Debido a estas largas jornada de trabajo, es recomendable disponer de actividades, tales como lecturas amenas, música ambiental y sala de hamacas para que los profesionales estén conscientes que disponen de un espacio en donde poder relajarse dentro de su mismo espacio laboral.
- Debido a que se pudo determinar que algunos participantes de la muestra presentaron niveles altos de Agotamiento Emocional, Despersonalización, bajos niveles de Realización Personal, algunos presentaron sintomatología somática asociada al estrés mientras que otros presentaron niveles de Ansiedad, se recomienda realizar actividades de meditación y técnicas de respiración dos veces al mes. La meditación y la respiración adecuada son una de las mejores herramientas para hacer frente al

estrés aspectos relacionados con la ansiedad, a la vez que facilita y reduce los malestares asociados a los síntomas somáticos desarrollados por el estrés. Está comprobado científicamente la capacidad que tiene una respiración adecuada de cambiar químicamente nuestro cerebro y generar estados de armonía y relajación al hacerlo frecuentemente.

- Realizar salidas de campo o reuniones de fin de semana en algún lugar apartado en el campo, en donde se comparta comida, música y demás actividades entre los compañeros de trabajo de la institución junto con sus familiares. Esto es muy importante para trabajar el tema del apoyo emocional, ya que de esta manera se integrará a la familia dentro del círculo de relaciones laborales, lo cuál generará en los profesionales sentimientos de confianza y apoyo emocional.
- En cuanto a los rasgos de personalidad de la muestra investigada, se considera que el rasgo de Extroversión, el cuál fue el predominante en la muestra, no genera mayores inconvenientes, por el contrario, se considera un rasgo de personalidad positivo siempre y cuando se trabajen los otros aspectos mencionados en las recomendaciones previas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Roldán, M. y Quijano Barriga, A. (mayo, 2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44, 198-205.
- Blanco Ezquerro, J. (2014). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en gerocultoras y docentes: evaluación, prevalencia y proceso de desarrollo (Tesis doctoral)*. Universitat de Valencia. España.
- Corredor Pulido, M. E y Monroy Fonseca, J. P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Hacia la promoción de la salud*, 14, 109-123.
- De los Ríos-Castillo, J. L, Barrios Santiago, P, Ocampo Mansilla, M y Ávila-Rojas, T. L. (2006). Desgaste profesional en personal de enfermería. *Medigraphic*, 45, 493-502.
- Díaz, F. y Gómez, I. C. (enero-abril, 2016). La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. *Psicología desde el caribe*, 33, 114-131.
- Gil-Monte, P. y Ma Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15, 261-268.
- Gil-Monte, P. (septiembre 2007 – abril 2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información Psicológica*, 91-92, 4-11.
- Gómara, E. A. (2014). *El síndrome de Burnout en trabajo social (Tesis de grado)*. Universidad de Valladolid. España.
- López Agrelo, V. L. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout (Tesis doctoral)*. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Manzano-García, G. y Ayala-Calvo, J. C. (octubre, 2013). New perspectives: Towards an Integration of the concept “burnout” and its explanatory models. *Anales de Psicología*, 29, 800-809.
- Martínez Pérez, A. (septiembre, 2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.
- Maslach, C. (abril-junio, 2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 32, 37-43.
- Montejo Martín, E. (2014). *El síndrome de Burnout en el profesorado de la ESO (Tesis doctoral)*. Universidad Complutense de Madrid. España.

- Olivares Faúndez, V. E. y Gil-Monte, P. (septiembre 2009). Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia & Trabajo*, 33, 160-167.
- Orgambídez-Ramos, A, Borrego-Alés, Y, y Gonsalves, G. (2014). El papel moderador de la pasión por el trabajo entre el burnout y el malestar psicológico. *Ansiedad y Estrés*, 20, 211-224.
- Rodríguez Paipilla, M. G, Rodríguez Gómez, R, Riveros Gutiérrez, A. E, Rodríguez D’Luyz, M. L y Pinzón Salamanca, J. Y (2011). Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en Diciembre 2010. Universidad del Rosario-Universidad CES. Colombia.
- Rubio Jiménez, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes Disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria (Tesis doctoral)*. Universidad de Extremadura. España.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL: .....

#### **Información General**

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

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

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

#### **¿Quiénes participarán en el estudio?**

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

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

#### **Procedimientos del estudio**

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

#### **Beneficios de su participación:**

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

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

**¿Incurriré en algún gasto?**

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

**Riesgos y molestias:**

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

**Confidencialidad de los datos:**

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

**Participación voluntaria:**

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

**Contactos para preguntas acerca del estudio:**

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

.....

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

## **ANEXO 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

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

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

NOMBRE: .....

.....

FIRMA

## ANEXO 3

### ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

#### Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

#### Datos Personales

Género Masculino ☐ Femenino ☐

Edad \_\_\_\_ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana ☐ Rural ☐

Etnia Mestizo ☐ Blanco ☐ Afro ecuatoriano ☐ Indígena ☐

Estado Civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado o separado ☐ Unión Libre ☐

Número de Hijos: \_\_\_\_

Recibe su remuneración salarial: sí ☐ 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 Sí ☐ No ☐

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

Ninguno ☐ 25 % ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ 75% o más ☐

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: \_\_\_\_

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente ☐ Medianamente ☐ Poco ☐ Nada ☐

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

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

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

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

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

# UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

## CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 3

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**Cuestionario (GHQ-28)**

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

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

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

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

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de [http://www.centrodesaluddebullulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebullulos.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 abraza.                                                       |   |   |   |   |   |
| 11. Alguien con quien pueda relajarse.                                           |   |   |   |   |   |
| 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.                        |   |   |   |   |   |
| 13. Alguien cuyo consejo realmente desee.                                        |   |   |   |   |   |
| 14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.         |   |   |   |   |   |
| 15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.               |   |   |   |   |   |
| 16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.             |   |   |   |   |   |
| 17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.              |   |   |   |   |   |
| 18. Alguien con quien divertirse.                                                |   |   |   |   |   |
| 19. Alguien que comprenda sus problemas.                                         |   |   |   |   |   |
| 20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.                             |   |   |   |   |   |

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

**Anexo 2.6.**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CUESTIONARIO EPQR-A**

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

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

