



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Burnout en profesionales de la salud en Ecuador

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Mariño Camacho, Astrid Carolina

DIRECTOR: Espinosa Íñiguez, Jhon Remigio Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-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>

Loja, mayo del 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Jhon Remigio Espinoza Íñiguez

DIRECTOR DE TESIS

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Burnout en profesionales de la salud en Ecuador realizado por Mariño Camacho Astrid Carolina, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la ejecución del mismo.

Loja, febrero de 2018.

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Mariño Camacho Astrid Carolina, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Burnout en profesionales de la salud en Ecuador, de la Titulación de Psicología, siendo Jhon Remigio Espinoza Íñiguez director 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 Estado 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, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f)

Autor: Mariño Camacho Astrid Carolina

Cédula: 171929200-3

DEDICATORIA

A mi hija Amelie, a mi hermana Mary, a mi amiga Lola.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a mi hija Amelie, a mis padres y hermano.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Conceptualización del burnout.....	7
1.1.1. Definiciones de las décadas de 1970.....	7
1.1.2. Definiciones de las décadas de 1980.....	7
1.1.3. Definiciones de las décadas de 1990.....	8
1.1.4. Definiciones de las décadas del 2000.....	9
1.1.5. Definiciones de las décadas del 2000 hasta la actualidad.....	9
1.2. Desarrollo y fases del burnout.....	10
1.2.1. Golmebiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	10
1.2.2. Leiter y Maslach (1988).....	11
1.2.3. Leiter (1993).....	11
1.2.4. Lee y Ashford (1993).....	12
1.2.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).....	12
1.3. Consecuencias del burnout.....	13
1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.....	13
1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.....	13
1.3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.....	14
1.4. Modelos explicativos del burnout.....	14
1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	14
1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.....	15
1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	16
1.4.1.3. Modelo de Pines.....	19
1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, P y C.....	20
1.4.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.....	21
1.4.2.1. Modelo de comparación social.....	21
1.4.2.2. Modelo de conservación de recursos.....	23
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	24
1.4.4.	Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo	25
1.4.4.1.	Modelo tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson)	25
1.4.4.2.	Modelo de Edelwich y Brodsky	26
1.4.4.3.	Modelo de Price y Murphy	27
1.4.5.	Modelo de la Teoría Estructural	27
1.4.5.1.	Modelo de Gil-Monte	27
1.5.	Prevalencia del burnout	29
1.6.	Importancia del estudio del Burnout	29
1.7.	Variables asociadas al Burnout	30
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA		31
2.1.	Objetivos	
2.1.1.	Objetivo general	32
2.1.2.	Objetivos específicos	32
2.2.	Preguntas de investigación	32
2.3.	Contexto de la investigación	33
2.4.	Diseño de la investigación	33
2.5.	Muestra	34
2.6.	Procedimiento	35
2.7.	Instrumentos	35
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS		40
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN		50
CONCLUSIONES		56
RECOMENDACIONES		58
BIBLIOGRAFÍA		59
ANEXOS		61

RESUMEN

Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud.

El presente estudio sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y factores asociados, se realizó en una Institución de Salud Pública al norte de la ciudad de Quito durante el año 2017, sobre una muestra de 17 médicos y 16 enfermeras.

El objetivo general es Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización), para obtener los resultados se utilizó una metodología de investigación con un enfoque cuantitativo, de carácter transeccional y transversal con un alcance exploratorio y descriptivo. Para la recolección de datos se utilizaron 6 instrumentos provistos por el equipo de investigación de la UTPL: Cuestionario Sociodemográfico-laboral, Inventario de burnout de Maslach, Cuestionario de salud general, Inventario COPE-28, Cuestionario de apoyo social, Cuestionario de personalidad de Eysenck

El análisis de datos permitió concluir que existe prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos con el 11,8%, y no existe prevalencia del síndrome en enfermeras, sin embargo, se recomienda prestar atención y brindar total apoyo a síntomas de burnout que puedan presentarse en el personal de la Institución.

Palabras clave: salud, síndrome, burnout, prevalencia, médicos, enfermeras, inventario, batería.

ABSTRACT

Burnout Syndrome in Health Professionals.

The current investigation of the prevalence of Burnout Syndrome in Health Professionals and associated factors, was carried out in a Public Health Institution at the north of the city of Quito during the year 2017, on a sample of 17 doctors and 16 nurses.

The general objective is to identify the prevalence of Burnout Syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and low performance), to obtain the results we used a research methodology with a quantitative approach, of transactional and transversal character with an exploratory scope and descriptive. For the collection of data, 6 instruments were used, provided by the UTPL research team: Sociodemographic-labor questionnaire, Maslach burnout inventory, General health questionnaire, COPE-28 inventory, Social support questionnaire, Eysenck personality questionnaire.

The analysis of data allowed to conclude that there is a prevalence of Burnout Syndrome in doctors with 11.8%, and there is no prevalence of the syndrome in nurses, however, it is recommended to pay attention and provide total support to burnout symptoms that may occur in the staff of the Institution.

Key words: health, syndrome, burnout, prevalence, doctors, nurses, inventory, battery.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito laboral suele suceder con frecuencia que los trabajadores llegan a un punto de extremo estrés donde parece haberse agotado sus recursos para seguir con sus labores de forma óptima, y esto se da no por falta o ausencia de interés por conservar sus puestos de trabajo, sino que muy contrario de lo que se cree, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2013) demuestran que “los factores de riesgo psicosocial, constituyen a nivel mundial, la mayor causa de daño en la salud, en el bienestar y en la productividad empresarial”; además mientras más comprometida una persona se sienta con una empresa mayor es su grado de cansancio o agotamiento por tratar de hacer las cosas lo más perfectas posible.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,1988) las condiciones laborales no solo causan enfermedades profesionales, sino que pueden influir con el estado de salud del trabajador e incluso pueden contribuir a causar y agravar una enfermedad e influir en los resultados de las medidas de curación y rehabilitación, lo que genera consecuencias con un alto costo económico y social, expresadas a partir de patologías orgánicas, psicosomáticas, emocionales y alteraciones en el comportamiento.

En este sentido, Pando (2010), destaca al síndrome de burnout como una grave consecuencia de diversos factores psicosociales relacionados con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea e incluso con el entorno, lo cual puede afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de los trabajadores; lo que está definido dentro de las tres dimensiones básicas del Burnout que son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización, siendo las tres parte de los aspectos que se evidencian cuando un trabajador presenta el síndrome de Burnout.

Es por esto que, cuando se trata de enfermeros y médicos, quienes de profesión tratan a diario con pacientes, además se caracterizan por disponer de turnos largos y dobles, por otro lado, tienen solo ciertos tiempos libres y el resto deben prestar total atención a su profesión pues su trato es directamente con la vida de seres humanos y su salud, razón por la que se convierte en una de las funciones con actividades más estresantes por la capacidad de perfeccionamiento que ha de contener, y que por supuesto, también hace que sus trabajadores estén más vulnerables al padecimiento de situaciones emocionales como el síndrome del Burnout.

“Según estudios epistemológicos recientes realizados en el personal de enfermería, hasta un 25% del mismo estaría afectado por el síndrome” (Demeuroti & Bakker, 2000), situaciones similares se ha comprobado con médicos e incluso se dice que “hasta el 38% de ellos han tenido síndrome de Burnout algún momento en su vida profesional” (Revista British Medical Journal, 2009). Adicionalmente, en lo que respecta a estudios que se han realizado, en el repositorio digital de la Universidad Central del Ecuador, con sus autoras Mayra Barbecho y Magaly Ochoa, se realizó el proyecto de Prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito Junio-Noviembre 2013, el mismo que indica el Síndrome de Burnout es un problema relevante en la actualidad indicando que el estudio es descriptivo y transversal, ya que se desarrolló en 6 meses, para la recopilación de información se hizo uso del inventario de Maslach (MBI) y se pudo evidenciar que la prevalencia del Burnout en el personal profesional de enfermería es del 6% y el 46% de la población de estudio presentó una baja realización personal, con lo que se identificó la principal problemática del objeto de estudio.

La presente investigación tiene como objetivo general, identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras en una Institución de Salud Pública al norte de la ciudad de Quito durante el año 2017, y como objetivos específicos se encuentra: identificar las características sociodemográficas de médicos y enfermeras de la institución pública de salud de la ciudad de Quito, determinar las dimensiones del burnout de médicos y enfermeras de la Institución de Salud Pública en la ciudad de Quito, conocer el malestar emocional de médicos y enfermeras de la Institución de Salud Pública en la ciudad de Quito, reconocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud, identificar el apoyo social procedente de la red social; vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud, distinguir los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias. Incluye también el planteamiento del problema, para luego incluir en el marco teórico el desarrollo de la definición del Burnout así como causas, consecuencias, prevalencias del síndrome, sus características, tipos, teorías existentes, modelos, y demás información relevante, además de la metodología que incluye el esquema de investigación así como el tipo, métodos, técnicas de recolección de información, población y muestra; también se incluyen los resultados de la investigación en base a los seis cuestionarios aplicados: Instrumento sociodemográfico y laborales AD-HOC, Cuestionario de MBI, Cuestionario de salud mental GHQ-28, Escala Multidimensional de

Evaluación de los Estilo BRIEF-COPE, Cuestionario MOS de apoyo social y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR., se plantea la discusión de los resultados obtenidos y el comparativo con investigaciones existentes, para finalmente definir conclusiones y recomendaciones.

Dentro de las principales limitaciones de la investigación fue la predisposición del personal de enfermería a responder a los cuestionarios emitidos, principalmente porque a pesar de su apertura, el problema evidente fue la falta de tiempo para ejecutar estas respuestas, retrasando con ello un tanto la ejecución del proyecto

Finalmente, en base a los resultados obtenidos, fue posible determinar que el Burnout afecta más a médicos que a enfermeras, además que incide en personas casadas más que en solteras, y que uno de los síntomas específicos que permiten anticipar el burnout es la depresión o la ansiedad, otro factor preponderante es que quienes llevan más años y tiempo de trabajo en sus funciones tienen menos incidencia de Burnout que quienes inician sus años en dichas labores.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Burnout.

1.1.1. Desarrollo del término.

1.1.1.1. Década de los 70.

Los estudios con respecto al síndrome de Burnout “tuvieron su inicio a mediados de los años 70, por investigadores cuyo fin era entender la salud laboral de los trabajadores que ejecutaban actividades demasiado exigentes” (Maicon & Garces, 2010).

El Burnout tiene su historia, desde que se atribuye este término a Freudenberg en 1974, “el primero en haber utilizado el término para hacer referencia al proceso de vacío emocional y el agotamiento físico que padecían personas relacionadas con la atención de pacientes adictos” (Camacho, 2003)

Según Leiter (1991) indica que “el tipo de trabajo de quienes eran investigados coincidían en que no tenían horario fijo, contaban con un número de horas de trabajo excesivo, tenían un salario muy escaso y un contexto social muy exigente, habitualmente denso y muy comprometido” (p.42)

Más tarde Maslach en 1976 y Pines en 1980 transmitieron este concepto “a diversos grupos profesionales, poniendo el acento de su investigación en tratar de determinar la etiología y las formas en que la misma se desarrolla. También realizaron investigaciones tendientes a identificar los factores preventivos y terapéuticos del burnout”. (Camacho, 2003, pág. 22)

Es decir que ya desde los años 70, existían investigadores interesados en conocer los incidentes laborales en contexto psicológico y emocional de los trabajadores, viendo que estos eran influenciados por factores externos como cargas horarias altas y bajos sueldos, lo cual fue un referente para propagar el Burnout y su estudio a nuevas generaciones.

1.1.1.2. Década de los 80.

El síndrome de burnout puede ser definido de distintas formas, siempre enfocado en una concepción que hace referencia a una tensión emocional crónica, que es muy común cuando se produce fatiga física o emocional. “Es una pérdida progresiva del idealismo, la energía y la finalidad como resultado de las condiciones laborales” (Edelwich & Brodsky, 1980)

Freudenberger (1981):

Se define como el entorno de fatiga donde se desarrolla una persona, lo cual se produce por un determinado modo de vida, por ejemplo, son aquellas personas que con dos o tres años de trabajo se encuentran desmotivados, faltos de interés por el trabajo. (p. 89)

El Burnout era para aquel entonces “una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos” (Maslach & Jackson, 1982).

Es decir que, el término Burnout se proclamó alrededor del entorno laboral en los años ochenta, época en la que los trabajadores que lo padecían o tenían algún síntoma referente a este se sentían identificados con dicho término pues significa “quemado en el trabajo”; es decir que se asume que el trabajador llega a un punto máximo de estrés hacia este.

1.1.1.3. Década de los 90.

En la década de los 90 el término de Burnout perdió precisión conceptual ya que existían varios criterios, sin embargo, siempre se unificaban en replantearse que el burnout es un problema del entorno laboral.

Este tipo de frustración puede dar lugar a que, en varias ocasiones, se repita y se vuelva un proceso constante, por lo que Maicon y Ruiz citan a Seligman G (1991) indican que “el burnout incluye una problemática específica de los trabajos según a servicios humanos se refiere” (p.112).

Además, se decía que “el burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”. Profesionales, sin duda, más expuestos a riesgos psico-emocionales” (García & Izquierdo, 1991).

Según Adán (1998) “se asociaba al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz de esta situación” (p.55)

Este es un proceso paulatino que finalmente genera el síndrome de quemado, es así que cuando surge un descontrol de la persona, los esfuerzos por perfeccionar sus labores, le producen fatiga y cansancio.

1.1.1.4 Década del 2000.

En el 2003 se determinó que “el burnout es un síndrome defensivo o un mecanismo de defensa humana, que se manifiesta en los profesionales de ayuda, porque el riesgo de estas profesiones suele tener una misión ambiciosa y un ideal utópico” (Gil & Monte, 2005).

Otro concepto del burnout incluye que, es “la respuesta al estrés laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales” (Thomaé, et al, 2006)

También se puede partir de lo dicho por la Organización Mundial de la Salud, la misma que establece que:

Es una enfermedad laboral que incide como un gasto en la salud general, teniendo como consecuencias derivadas a las actitudes negativas dentro del círculo familiar y social y el deterioro en el ámbito ocupacional, a través del ausentismo laboral y la disminución del grado de satisfacción de los trabajadores y usuarios del centro de labores. (Navarro, 2010, pág. 24)

Esta respuesta por lo general se produce por cansancio extremo y estrés crónico que producen un agotamiento emocional, despersonalización y ausencia de realización profesional.

Es posible entonces definir al síndrome de burnout como un proceso de deterioro físico y mental, que se da por situaciones de estrés laboral, además puede manifestarse con intensidad cuando llega a una situación de agotamiento o fatiga, desinterés por el trabajo, baja motivación personal, y rendimiento deteriorado; lo que hace difícil la asociación interpersonal.

1.1.1.5 Década 2010 en adelante.

El Burnout se basa entonces, “en el trabajo colectivo, además se produce cuando ya ha habido un tiempo prolongado que incide de forma directa y emocional en el trabajador, con alta demanda de exigencias adaptativas y pocas posibles acciones de ejercer un control eficaz sobre tal situación” (Maicon & Ruiz, 2010)

Otros autores más recientes afirman que:

Existen síntomas emocionales como depresión, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos, además de cognitivos como la pérdida del significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, además de aislamiento, e incluso síntomas psicósomáticos como cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicósomáticas, pérdidas de apetito, cambios en el sueño, disfunciones sexuales, entre otros. (Maicon & Garcés, 2010, pág. 3)

Además, hoy por hoy se cataloga al burnout como “la nueva depresión del siglo XXI, pues el estrés prolongado es una enfermedad de este tiempo en aumento producto de los ambientes laborales modernos: cargados de tecnologías y súper exigentes” (Montes, 2015)

Como se evidencia, de acuerdo al criterio personal, se puede decir que, el Burnout es una de las mayores incidencias laborales en los últimos tiempos, pues si en los años 70 y 80’s el trabajo era menos remunerado, y generaba más exigencias, en la actualidad y debido a la rapidez del mundo, la innovación y el necesario uso tecnológico, el Burnout no es algo inusual como en épocas pasadas, se ha convertido en una realidad laboral evidente.

1.2 Desarrollo y fases del burnout.

Como se puede observar el burnout cumple con características que hacen al trabajador sentirse fatigado, agotado y cansado de su propio trabajo ya sea por el exceso de exigencia o simplemente por cargas horarias, por ello existen autores específicos que han definido fases del burnout, pues pueden ir desde un proceso básico de cansancio hasta ir aumentando y causar depresión, estrés crónico, tal como se verá a continuación:

1.2.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

El burnout es un proceso progresivo causado por la intensidad de su generación, por lo que se lo define como virulencia, los autores proponen que, la secuencia fundamental del burnout está relacionada en su nivel de consecuencias y siguen el siguiente orden: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional. (p.29).

Se puede decir que estas tres fases integran el proceso real del cansancio emocional, por lo que se considera como elemento patógeno y que puede ser considerado en función a las fases progresivas del burnout, definidas en la siguiente tabla:

Tabla 1: Fases progresivas del burnout según Golembiewski y Muzenrider

Factores	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
DEP	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO	BAJO	ALTO
RP	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO
CE	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO

Fuente: (Moreno, 2001)

Elaboración: M. Moreno, 2001

Como se puede ver Golembiewski y Muzenrider plantean ocho fases sucesivas del burnout a partir de la despersonalización, agotamiento emocional y realización personal.

1.2.2. Leiter y Maslach (1988).

Estos autores parten de que “las personas se sentirían más desgastadas, cuando carecen de energía para enfrentarse a nuevos proyectos” (Moreno, 2001, pág. 42); dentro de ello se establecen aquellos criterios que indican que la persona sufre desgaste laboral, cuando sienten cansancio, y como si no hubiera dormido, este cuadro genera la primera reacción estresante de agotamiento físico, que luego se traduce al emocional, además se fortalece en la salud mental, física e individual.

1.2.3. Leiter (1993).

Según Leiter citado en Moreno (2011) establece que “este puede ser el inicio de la carga de trabajo, el nivel de demanda que se da como resultado luego de asociar con el cansancio emocional, se encuentra también vinculado con ciertas conductas de despersonalización o por sentimientos de disminución o eliminación en la realización personal” (p.7)

Leiter asume un progreso constante para que se produzca el síndrome de Burnout, que va desde el cansancio emocional, y se afianza posteriormente con la despersonalización, luego la persona se minimiza con sus sentimientos de frustración.

1.2.4. Lee y Ashford (1993).

El burnout incluye nuevos procesos debido a que, según Lee y Ashford citados en Moreno (2001) detalla “El estrés de rol se da por las variables de personalidad consideradas, sabiendo que el estrés de rol es uno de los factores desencadenantes más conocidos del burnout” (Moreno, 2001, pág. 13)

Según lo indicado se analiza que para Lee y Ashford el Burnout asumen un “estrés de rol”, sobre el que se matizan factores a nivel organizacional, así se dan efectos a causas de las variables personales, que interactúan con el medio e inciden también a nivel organizacional.

1.2.5. Gill-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

Según Gill-Monte. Peiró y Valcárcel citados en Camacho (2003) indican:

Este modelo explica que el Burnout tiene en cuenta variables a nivel organizacional, así como en el ámbito personal y de tipo de estrategias de enfrentar dichas variables; adicionalmente “se hace una planificación del conflicto y se mide la ambigüedad de determinado rol, surge como proceso de reevaluación cuando se enfrenta una situación amenazante, pues implica una notable mediación entre el estrés percibido y sus consecuencias” (Camacho, 2003, pág. 29) ; así entre las consecuencias están la falta de salud, pasividad, evitación, etc.

A nivel de teorías del desarrollo y fases del burnout, he considerado un gran aporte lo dicho por los autores anteriores, por ejemplo en lo que respecta a Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), es evidente que el Burnout se define como un proceso, y no como un síndrome estático que puede aparecer a brevedad del caso, sino que se dan fases como consecuencia, y estas son las de despersonalización, realización personal y finalmente se produce el agotamiento emocional, pues también es importante lo planteado por Leiter y Maslach (1988) quienes afirman que las personas cuando carecen de energía para enfrentarse a nuevos retos es lo que les produce desgaste tanto físico como mental.

Por otro lado, es importante citar lo dicho por Lee y Ashford (1993) ya que definen más de cerca al Burnout relacionándolo con el estrés, siendo esta la fase previa al Burnout, sin dejar de lado las variables del entorno organizacional o factores psicosociales que también se incluyen para dar lugar al burnout según Gill-Monte, Peiró y Valcárcel.

1.3 Consecuencias del burnout.

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

Es común catalogar a alguien “quemado” como aquella persona que presenta sentimientos de amargura e indiferencia ante una u otra actividad; sin embargo, también pueden darse sentimientos de agresividad o ira.

Dentro de los problemas psicosomáticos, “como fatiga cansancio crónico, disminución de energía, insomnio, cefaleas, dolor osteomuscular en cuello y espalda, susceptibilidad a infecciones, hipertensión”. (Guzmán, 2011, pág. 24)

Como parte de las alteraciones gastrointestinales están “colitis, gastritis, úlceras, trastornos de la alimentación (comer poco o en exceso, pérdida de peso u obesidad), en las mujeres alteraciones menstruales”. (Guzmán, 2011, pág. 22)

Los síntomas que se asocian al Burnout, que tienen consecuencias en la salud para el profesional de salud y cualquier otra persona quemada laboralmente, están enfermedades de tipo físico e incluso algunas son causadas de manera emocional y psicológica, tal como se menciona a continuación:

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

Ausentismo laboral, y conductas de alto riesgo. “distanciamiento afectivo o ansiedad hacia las personas por atender, disminuyendo la concentración y el rendimiento, impaciencia, irritabilidad, actitudes recelosas, pudiendo volverse insensibles, crueles y cínicos, entre otros”. (Guzmán, 2011, pág. 22)

Las alteraciones anteriores son consecuencia del síndrome de Burnout, puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc.), como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, otros).

Otras situaciones que se encuentra más cerca de lo emocional y laboral son aquellas que incluye la desvalorización del puesto de trabajo o de las actividades que realizan habitualmente las personas, ya que este es otro factor que tiende a generar una confusión entre las expectativas laborales, o también puede darse “el exceso de compromiso en relación con las responsabilidades del trabajo” (Forbes, 2011, pág. 12)

Todo exceso es negativo, pues incluso el compromiso excesivo con el trabajo lo es, pues al verse la persona que tiene ciertas limitaciones, y que no puede resolver a perfección alguna actividad o función, puede llevarle a frustrarlo y agotarlo por tratar de resolver de alguna manera dicha situación, provocando el burnout.

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

Por supuesto que, en la familia del profesional de salud se verá también reflejadas las consecuencias de padecer Burnout, pues será difícil ocultar dichas reacciones frente a sus familiares especialmente con los que convive, entre los principales estados emocionales y físicos que nota la familia de quien padece Burnout están:

Resultado de que un alto nivel de agotamiento y despersonalización conduce a: “bajos niveles de satisfacción laboral repercutiendo necesariamente en la relación trabajo-familia a consecuencia de las múltiples demandas y responsabilidades laborales y familiares que el trabajador tiene que atender” (Patlan, 2013).

Ejemplo de ello es que debido a su exceso de concentración en el trabajo puede olvidar alguna reunión familiar importante, o puede incluso generar “pérdida de apetito sexual o disfunción eréctil” (Camacho, 2003), a su vez que la víctima puede sentirse irritada por situaciones del diario vivir en el hogar, acudiendo a agresiones físicas y/o verbales a los miembros de la familia, sean niños o adultos.

Claro está que esto puede incidir incluso en la pérdida de noviazgos, matrimonios, y crisis de identidad, lo cual incide en el aislamiento no solo laboral sino afectivo y familiar, lo que también se ha de catalogar dentro de la frustración e incluso puede intensificar los pensamientos y sentimientos de culpa en un futuro, provocando incluso el estrés postraumático.

1.4 Modelos Explicativos del Burnout.

Existen varios tipos o modelos explicativos del síndrome de Burnout, puesto que, están fundamentados en varias teorías, donde es posible explicar la manera cómo las personas reaccionan frente al trabajo, además según los agentes externos que influirán en la persona cuando desarrolla el quemado laboral.

1.4.1 Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

1.4.1.1 Modelos de competencia social de Harrison.

Harrison define la función de la competencia como parte del síndrome de Burnout, además elabora el modelo de competencia social, enfocado en los sentimientos altos y bajos de competencia comunes en el medio laboral.

A continuación, se define el modelo de Harrison según la gráfica:

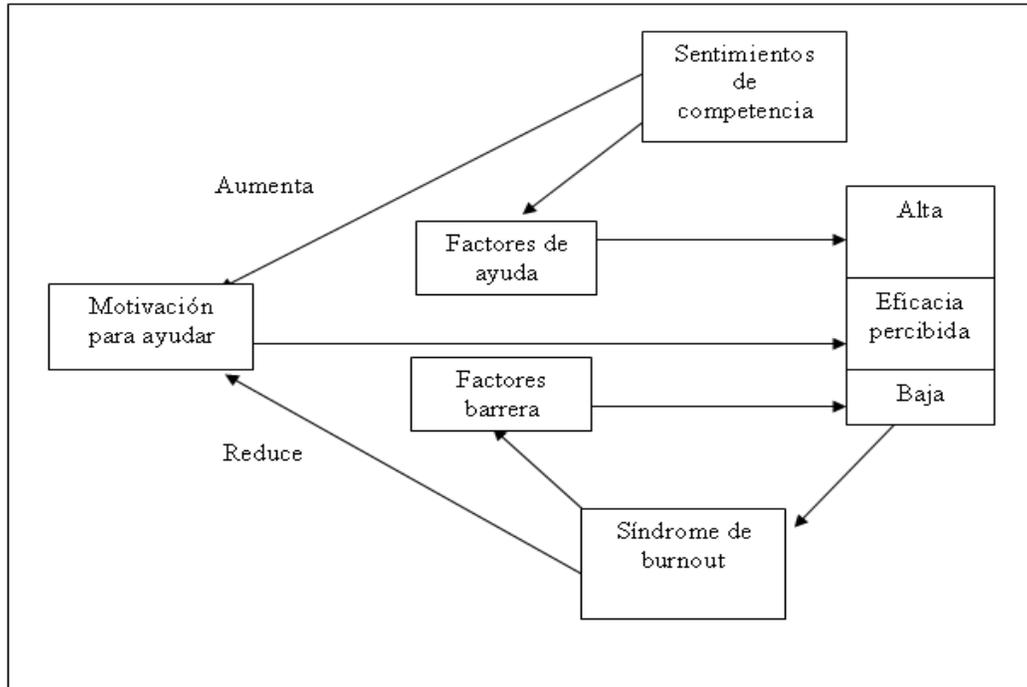


Gráfico 1: Modelo de Harrison

Fuente: (Guzmán, 2011)

Elaboración: Guzmán 2011

En este modelo se puede percibir que los trabajadores brindan el aporte de su profesión, allí es cuando se comprometen y se motivan para tener un alto sentido de su trabajo como primera instancia, luego con la ayuda de su entorno laboral, van haciendo que dicha motivación se afiance o se dificulte, además los factores tienen objetivos laborables como la capacitación profesional, toma de decisiones, retroalimentación, sobre carga laboral, dichos factores son medidos ya sea en forma de barrera o de ayuda, así entre los factores de ayuda está la eficacia percibida y la motivación alta, pero cuando la motivación reduce,

es por causa de factores que generan barreras como un mal ambiente de trabajo o la sobrecarga laboral, así se da paso al síndrome de burnout.

1.4.1.2. Modelo de Autoeficacia de Cherniss.

Antes de citar las dimensiones del Burnout, se incluyen aquellas variables organizacionales, dadas por Cherniss en 1980 quien propone un modelo interactivo a partir de “dos tipos de variables, específicamente su modelo no incluía como variables personales dimensiones o rasgos de personalidad sino formas de orientarse en el ámbito laboral, actitudes o estilos profesionales” (Buendía & Ramos, 2001, pág. 20)

De lo cual se obtiene el siguiente modelo:

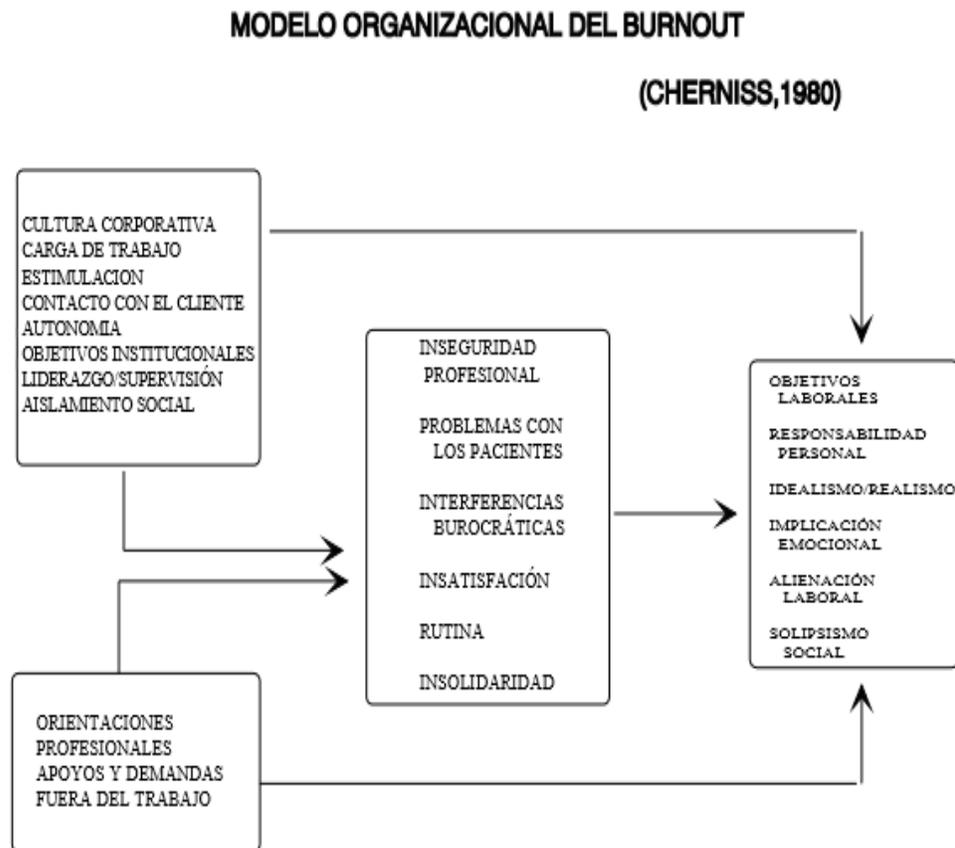


Gráfico 2: Modelo de Cherniss

Fuente: (Buendía & Ramos, 2001)

Elaborado por: (Cherniss, 1980)

Cherniss no deja aparte la personalidad de los sujetos, pero les da un poco menos de importancia pues indica que “la orientación de carrera de los trabajadores, las metas, los valores y las actitudes que se buscan en el trabajo” (Cherniss, 1980)

Es así que Cherniss (1980), reemplaza las características de la personalidad y las establece como parte de las actitudes del trabajo, para lo cual incluye cuatro grupos de estilos profesionales:

Primero están los activistas sociales, son aquellos que pretenden cambiar el mundo. Segundo, los centrados en sus carreras, quienes quieren principalmente promocionar en sus trabajos y obtener beneficios. En tercer lugar, están los artesanos, motivados por la naturaleza de su trabajo. Y, en cuarto lugar, los esforzados, que consideran que el trabajo como un mal inevitable. (Cherniss, 1980, pág. 42)

Se puede analizar de forma personal que el uso de estilos profesionales moldea el proceso de burnout, sin embargo, no se han establecido como parte de las dimensiones, que se alternan en la práctica total de los aspectos psicológicos, y aunque estas dos variables son compatibles es preciso analizar las dimensiones desde una perspectiva de personalidad, para lo cual se hicieron válidas las dimensiones que se citarán a continuación.

Cabe poner en mención que, al crear un limitante que no permite que el trabajo evolucione, puede provocar tedio y el esfuerzo extra de la atención a un número de tareas diversas, que a la final producen fatiga, y esto como resultado produce estrés, es por ello que para detallar el síndrome Burnout propuso tres dimensiones específicas que son:

- Cansancio Emocional
- Despersonalización (DP)
- Falta de realización personal (EP)

Cada una de ellas se sitúa como parte de las dimensiones del Burnout, en donde “la única variable previsiva, es decir que se la puede evidenciar a tiempo para evitar que se propague el Burnout, es el cansancio emocional” (Maslach & Jackson, 1982, pág. 44)

La fatiga o agotamiento puede ser medido, constantemente por la Institución, e incluso observado por los jefes y compañeros de trabajo, con el fin de que el individuo no decaiga en las otras dos dimensiones más fuertes como lo son la despersonalización y la falta de la realización personal.

Cansancio o agotamiento emocional (AE)

Dentro de este punto es posible según la Comisión Ejecutiva Confederal de UGT (2010) “aparecen dos síntomas o signos que generan agotamiento emocional que son los psicósomáticos y los conductuales que también se conoce como emocionales” (p.10)

Según Gómez & Ruiz (2014) indican que:

El agotamiento emocional se da como una consecuencia de la disminución de herramientas emocionales que permiten enfrentarse a los retos que la labor plantea diariamente, y se concreta en una constante fatiga de tipo físico, emocional y psicológico, también incluye aspectos como la irritabilidad, malhumor e insatisfacción laboral con descontento y mala actitud sobre sus actividades. (p.39)

El agotamiento emocional según los autores citados es un proceso continuo, pues es uno de los retos que los trabajadores deben diariamente enfrentar, y cuando esto se acumula es cuando se efectúa la fatiga física y el cansancio emocional, seguida de cambios en su forma de ser y por ende la insatisfacción laboral, lo cual en su conjunto ha de desencadenar finalmente el burnout.

Es posible que el factor de agotamiento, sea el aspecto más relevante, dentro de la personalidad cuando hay indicios de sufrir un síndrome de Burnout, es así que según Camacho (2003) detalla:

Se sabe que los profesionales que tienden a ser retraídos o disponen de una tendencia hacia el aislamiento son más vulnerables al agotamiento, que aquellos que son más extrovertidos o los que tienen una red social que les brinda identidad, afecto y les permite renovación de energías. Igual sucede con las personas que tienen una vida personal de tipo insatisfactoria o que no logran obtener gratificación de sus relaciones interpersonales. Esto se debe a que las relaciones satisfactorias con la familia y los amigos suele disminuir un tanto o proteger a las personas de un notable estrés laboral (p.48)

Es entonces, muy probable que una persona aislada tienda con mayor facilidad a padecer de agotamiento emocional, que es una de las dimensiones que forman parte del Burnout, no obstante, cuando la persona tiene buenas relaciones con familiares y amigos, es decir con su entorno es un aspecto que le puede beneficiar para no padecer de este síndrome, o por lo menos lo podría presentar en menos proporción.

De igual forma alguien cuya vida no ha tenido éxito y muy pocas veces ha tenido satisfacción profesional y personal, pues tenderá también a padecer más de este tipo de alteración laboral.

También puede suceder lo contrario, y es que cuando una persona tiende a querer “la perfección completa”, sus necesidades prioritarias están en su profesión por lo que se automotivan, pero también pueden exigirse demasiado, por lo que pueden sentir también agotamiento, al igual sucederá con aquellos que trabajan todo el día a tiempo completo, pues la predisposición al burnout va en aumento.

Los terapeutas que son autoritarios y controladores también se ven sometidos a un nivel alto de estrés, debido a que intentan controlar las vidas de sus pacientes y sienten la responsabilidad de que sus pacientes hagan lo que ellos piensan, cuando esto no ocurre se desalientan o enojan. También tener la responsabilidad completa por la vida de muchos pacientes se convierte en una carga que termina agotándolos. (Buendía & Ramos, 2001, pág. 19)

Despersonalización:

Esta es una variable que “está relacionada directamente con la percepción del ser humano y su actitud por lo general negativa hacia el resto de personas, ya que se predispone a actuar de forma negativa y se atribuyen defectos al resto” (Moreno, 2001, pág. 12), lo común es que se incluyan factores de irritabilidad y poca o nula motivación para la realización diaria de actividades.

Cuando los rasgos de personalidad han sido realizados bajo una perspectiva de influencia en la psicopatología y en salud tienen características específicas, entre ellos los más conocidos son “el lugar de control y el de autoeficacia” (Buendía & Ramos, 2001, pág. 29)

De acuerdo a una concepción personal se ha de concluir que el agotamiento físico e intelectual tienen mucho que ver con los rasgos de la personalidad, pues aquellas personas que buscan la perfección de sobre manera son quienes más tienden a generar estrés y con ella el cansancio o agotamiento laboral, siendo solo una fase previa al burnout.

1.4.1.3 Modelos de Pines.

El modelo de Pines es similar al de Harrison “pero con la excepción de que incorpora la idea de que sólo los trabajadores que intentan dar un sentido existencial a su trabajo llegan

al burnout”; por ejemplo los profesionales cuya justificación de toda su existencia radica en el trabajo llegan a tener este tipo de síndrome, porque son muy cautelosos y piensan que son totalmente útiles e importantes, todas sus acciones laborales como primordiales para su vida, además tienen grandes objetivos y expectativas puestas en su vida laboral:

Los trabajadores que se encuentran muy motivados por su propia labor, además que tienen identificación directa con su trabajo, de significado existencial, cuando estos tienen situaciones de fracaso, en la realización de sus objetivos, se comienzan a sentir mal y generan sentimientos de frustración, por el incumplimiento de esas expectativas, también sienten que no es posible realizar una contribución de tipo significativa a la vida, dando como resultado el síndrome de burnout. Pero, un trabajador que no esté desde el principio de sus labores muy motivado puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no el síndrome de burnout. (psicología online, 2005)

Esto quiere decir que, según Pines, existía ya la teoría de que la persona que era muy perfeccionista puede generar como parte de consecuencia el síndrome de burnout, también las personas que se encuentran muy motivada por hacer las cosas lo más eficiente, mientras que quienes inicialmente no estaban se quemarán menos en el trabajo.

1.4.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.

Respecto al modelo de Thompson, divide al síndrome en cuatro variables específicas que son “los conflictos entre las demandas de una tarea y aquellos recursos del trabajador, así como el nivel de autoconciencia que dispone el trabajador además de sus expectativas frente a disponer de éxito, contando también con los sentimientos de autoconfianza.” (psicología online, 2005).

Se percibe en el aspecto de reconocimiento de las discrepancias, que sería adecuado, anticiparlas, entre las demandadas y los recursos que disponen o no pueden intensificarse según el nivel de concientización de los trabajadores, entonces estas personas sabrán que su estado de ánimo puede afectarse, por lo que preferirán resolver las discrepancias, o por el contrario puede dejarse vencer y tener bajos sentimientos de realización personal, lo que producirá su frustración continua.

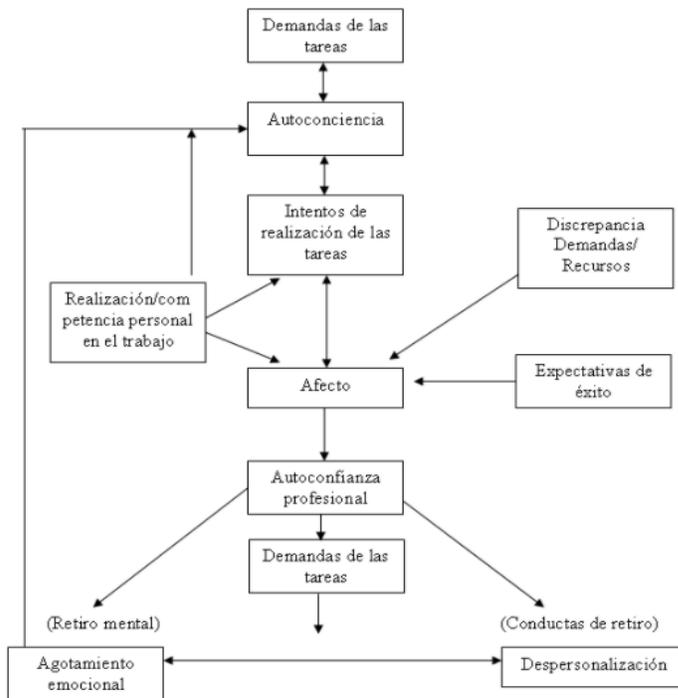


Gráfico 3: Modelo de Thompson, Page y Cooper

Fuente: (Thomaé, Ayala, Sphan, & Stortti, 2006)

Elaboración: (Thomaé, Ayala, Sphan, & Stortti, 2006)

También en lo que respecta al análisis personal es posible percibir que, en este tipo de modelo la persona toma autoconciencia de su trabajo, también puede que intente realizar sus tareas con sentido de pertenencia, pero cuando ocurren disgustos que sea causado por algún tipo de demanda en el trabajo o solicitud, o por recursos específicos, etc., mantienen propiamente un sentimiento, con lo que se mantienen expectantes al éxito, pero luego se le otorga un cierto nivel de autoconfianza profesional por las actividades que realiza y que sabe que están bien, aun así evita la discrepancia, lo que se conoce como conductas de retiro para que no se dé el agotamiento emocional o la despersonalización.

1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli.

En la página web de Psicología online (2005) se cita a Buunk y Shaufeli, señalan que “dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble etiología: por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros” (psicología online, 2005); es entonces cuando

existen roles específicos entre las relaciones con pacientes y también con los compañeros de trabajo, dándose como resultado aquellos sentimientos de Incertidumbre, percepción de equidad, falta de control ; también con ello se da paso a la incertidumbre dada por la falta de conocimiento sobre lo que una persona piensa y siente de acuerdo a cómo se puede actuar, adicionalmente en cuanto a la percepción de la equidad, se da a entender como aquel equilibrio de los trabajadores con sus relaciones interpersonales, contando también con la falta de control, situación en donde los trabajadores tienen la facilidad o dificultad de controlar los resultados que han sido generados de sus tareas laborales.

Este modelo se lo define según el siguiente gráfico:

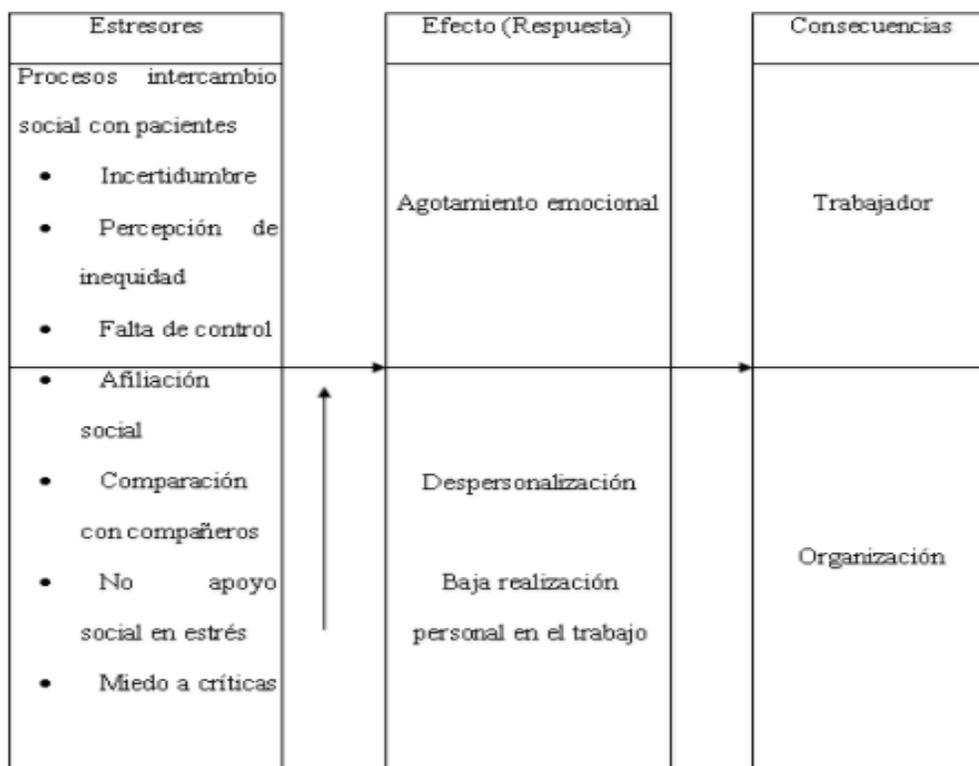


Gráfico 4: Modelo de Buunk y Shaufeli

Fuente: (Byrne, 1994)

Elaboración: (Byrne, 1994)

Entre las variables personales que se definen en el modelo de Buunk se incluye la autoestima, reactividad, orientación en intercambio de ideas, sentimientos, pensamientos.

1.4.1.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

Este modelo plantea que “las personas perciben solo lo que les motiva o les amenaza o les frustra, así se dan estresores laborales, que amenazan los recursos de los trabajadores, al generar inseguridad sobre sus habilidades de alcanzar el éxito” (Byrne, 1994, pág. 39)

Es decir, en este modelo se da la importancia a las relaciones interpersonales como las que pueden tener con los supervisores, jefes, compañeros de trabajo, clientes o usuarios del servicio, etc.; por lo que se crean fuentes de estrés porque ellos perciben las situaciones bien sea como ganadas o perdidas.

Es en este tipo de modelo donde los trabajadores tienden a esforzarse más continuamente por protegerse de la pérdida de materiales o recursos, sabiendo que es más importante tener unos niveles mínimos que conseguir aquellos recursos de forma exterior. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de burnout. (psicología online, 2005)

Es decir, aquí los individuos tienen miedo por ejemplo a perder el trabajo por el sueldo que necesitan, más que por motivos de desarrollo profesional y personal.

1.4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.

1.4.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski.

Estos autores presentan lo que se conoce como resultados de estudios empíricos, pues realizaron algunas investigaciones de forma experimental para entender el Burnout. Para estos autores, el desarrollo de actitudes de Despersonalización es el síntoma inicial del desarrollo del Síndrome de Burnout, entendiéndolo como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés. La secuencia de las otras dos dimensiones sería experimentar baja Realización Personal en el trabajo y a más largo plazo Cansancio Emocional.

En lo posterior dispone de ocho fases en el proceso del Síndrome, donde se toma referentes las tres dimensiones habladas en el MBI, y de ellas y desagregan puntuaciones en cada dimensión que puede ser superior o inferior además se asignan a las personas en estudio dos grados que son alto y bajo.

El modelo de fases de Golembiewski se centra en las siguientes dimensiones:

Tabla 2: Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

DIMENSIONES	FASES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización Personal (Inversa)	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio Emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

Fuente: (Camacho, 2003)

Elaboración: Mariño, A. (2017)

1.4.3.2. Modelo de Winnubst.

El modelo de Winnubst, establece las relaciones de acuerdo a la estructura organizacional, así como parte del clima laboral y el apoyo que se genera en el trabajo para que el empleado se sienta bien, así según este autor existen culturas organizacionales diferentes que se dividen así:

- Burocracia mecánica: “Se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización. Refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas” (Moreno, 2011)
- Burocracia profesionalizada: “Se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización. Refuerza la creatividad y la autonomía” (Moreno, 2001)

Según el autor Winnubst habla sobre los tipos de trabajos que pueden ser caracterizados por la estandarización estática de procesos o por la que tiene que ver con la estandarización de aquellas habilidades de los trabajadores, siendo estas últimas un tanto menos formales, pero por otro lado se encuentran más enfocadas en la autonomía del trabajador.

1.4.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

En 1993, se aborda el tema de la perspectiva del estrés laboral, donde los autores Cox, Kuk y Leiter establecen “el Modelo Transaccional, se encuentran gastados sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional y sentirse presionado y tenso, sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad” (Guzmán, 2011, pág. 44)

Es posible percibir que en lo que respecta al burnout puede dividirse en el desgaste y la presión en dos variables que forman parte de los indicadores de bienestar, así también se indica que son una parte de la respuesta que se enfrenta el trabajador por el estrés laboral, además señalan que el cansancio emocional está en relación con el “sentirse gastado”; y se genera como respuesta a enfoques emocionales y de bienestar.

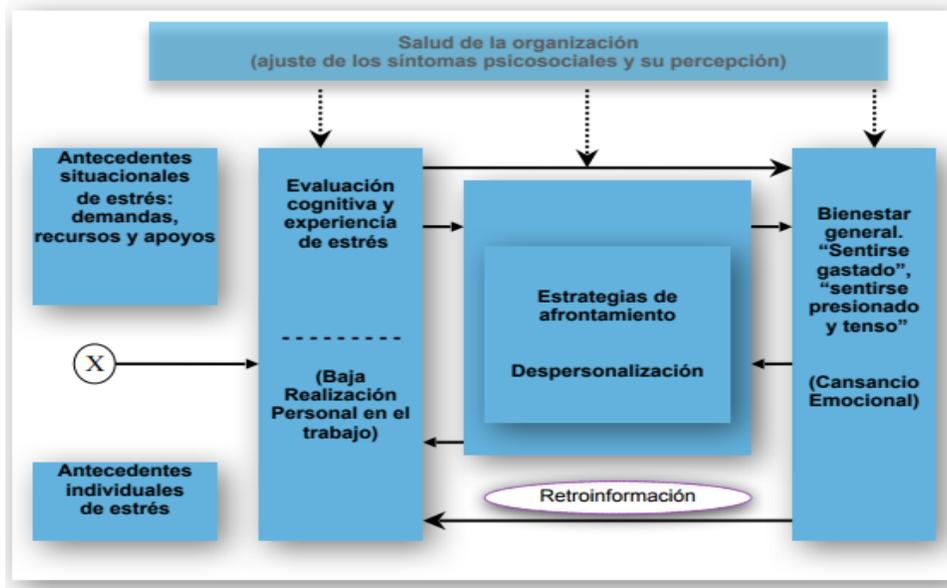


Gráfico 5: Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Fuente: (Forbes, 2011)

Elaboración: (Forbes, 2011)

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).

Para la tercera edición del MBI Buendía y Ramos citan a Maslach, Jackson y Leiter (1996), donde se ha propuesto: La sustitución de la despersonalización por el cinismo como segunda dimensión para las profesiones no asistenciales. Esta propuesta expone claramente los aspectos de autocrítica, desvalorización, autosabotaje y desconsideración hacia el propio trabajo que están presentes en el desgaste profesional.

De alguna forma, estos aspectos son un desarrollo de la simplificación y estereotipia que se produce en la despersonalización. La desconsideración en el trato a los clientes se convierte en cinismo sobre el alcance y valor del propio trabajo y de la propia organización

o institución, volviéndose hipercríticos y desconfiados hacia cualquier forma de iniciativa organizacional. (Buendía & Ramos, 2001, pág. 90)

Es decir, el cinismo, es parte de la despersonalización, sin embargo, al tratar mal o de forma desconsiderada a los clientes, esto se convierte en cinismo, pues es desvalorizar el propio trabajo, incluso la organización o institución, lo que hace que no se permita mantener confianza en esa persona sobre cualquier iniciativa de tipo organizacional. Maslach y Jackson indican que “estas actitudes despersonalizadas desgastan la eficiencia a nivel laboral y por ende disminuye también la productividad de los profesionales incluso pueden dar lugar a trastornos de tipo psicosomático, así como el uso de sustancias psicoactivas, hábitos que dañan la salud” (Maslach & Jackson, 1982, pág. 29)

Las actitudes que tienen que ver con la despersonalización van disminuyendo la eficacia laboral, por lo que esto hace más tentativo que los trabajadores se vean implicados en el uso de sustancias adictivas como alcohol, drogas, pastillas, debido a su sentido psicológico inadecuado.

Adicionalmente, se puede decir que la despersonalización es una dimensión que puede desencadenar varios niveles, dichos aspectos pueden ser la ausencia o disminución de la conducta proactiva de la persona, de forma que el sujeto pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas, especialmente laborales.

Para lo cual Maslach & Jackson (1982) describen ciertas causas laborales que dan como resultado esta alteración: “Se produce relevancia personal de los problemas, también aquellos indicadores de que la relación cliente-profesional implícitas y explícitas son deficientes o conducta pasiva o activa al extremo” (p.190)

Se detalla que las causas laborales que pueden producir la alteración laboral influyen de forma directa entre el cliente y el profesional, ya que el personal no actúa con normalidad en el sentido psicológico esto afecta también con implicaciones emocionales en la relación con el cliente.

1.4.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsk.

Según estos autores abordan las fases de: “entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía” (Lara, 2013, pág. 90), ya que hacen referencia a la pérdida del ideal y de energía, debido a las condiciones propias del trabajo.

Adicionalmente, propone las cuatro fases del Burnout:

Primero se da el Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; Segundo existe un estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales empezando a aparecer la frustración; tercero aparece la frustración, en la que comienza a surgir problemas emocionales, físicos y de nivel conductuales, sabiendo además que en esta fase se encadena el proceso central del quemado laboral, para finalmente producir apatía, que sufre la persona y que es su forma de defensa ante la frustración. (Byrne, 1994, pág. 10)

1.4.4.3. Modelo de Price y Murphy.

En este modelo se incluyen tres dimensiones del burnout, que son las vistas anteriormente como son “Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en el trabajo” (Lara, 2013, pág. 19), también se define como un proceso de tipo psicosocial y ya no como parte de la perspectiva a nivel clínico, por ello es que los autores aconsejan “concebir el Síndrome de Burnout como un estado ha dificultado su comprensión y la identificación de estrategias adecuadas de afrontamiento. (Lara, 2013, pág. 12)

Por ello establece un proceso de adaptación para aquellas situaciones de estrés laboral como “Sentimientos de desorientación o fallo profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, aislamiento y frialdad.” (Price & Murphy, 1984, pág. 49)

1.4.5 Modelo de la Teoría Estructural.

1.4.5.1. Modelo de Gil Monte.

Gil Monte, Peiró y Valcárcel, elaboraron un modelo con teoría estructural, acerca de los procesos y las consecuencias que trae el síndrome de Burnout, lo cual se verifica en el siguiente gráfico:

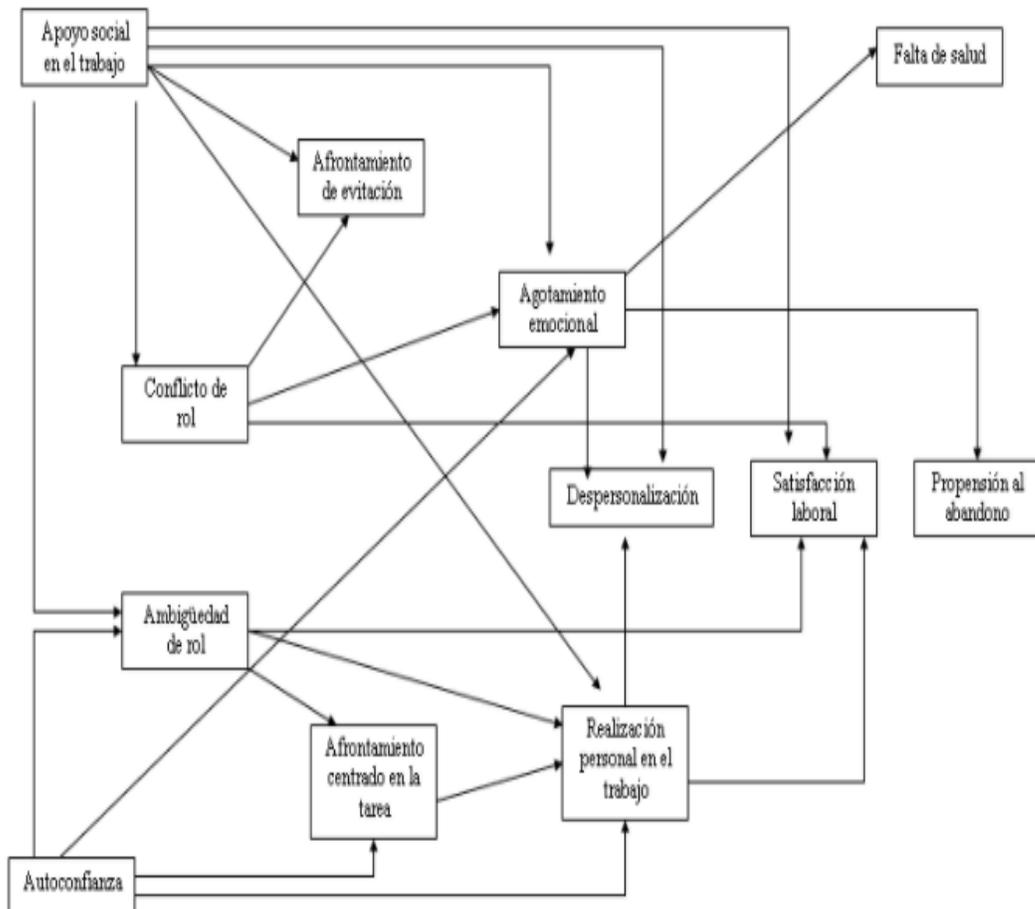


Gráfico 6: Modelo de Gill- Monte, Peiro y Valcárcel

Fuente: Investigación propia

Elaboración: (Gil & Monte, 2005)

El establecimiento de mecanismos de contratación que promuevan la seguridad laboral. Fomento del empoderamiento de los colaboradores, mejorando, entre otros factores, la claridad de roles, la retroalimentación, la capacitación, el fomento de la toma de decisiones, la autonomía y el autocontrol. Fortalecimiento de la claridad en las líneas de autoridad y responsabilidad.

Según criterio se puede decir que cuando se habla de consecuencias se toma en cuenta aquellas referentes a la ausencia de salud, baja realización personal, y satisfacción laboral, bajas relaciones interpersonales en la organización, lo que finalmente produce la necesidad de abandono de la organización.

1.5. Prevalencia del Burnout.

Hay también evidencias comprobadas de que el burnout afecta a la calidad de vida de los trabajadores.

En una investigación a un grupo de trabajadores del área de docencia de una academia en Massachusetts estableciendo una muestra de 2000 estudiantes, donde se encontró que el burnout “disminuían la calidad de vida de un grupo de profesores, aunque combinados los tres componentes (cansancio emocional, despersonalización, falta de realización personal), sólo llegaban a explicar un 12% de la varianza” (Buendía & Ramos, 2001)

Es posible percibir que el burnout además de producir situaciones negativas de tipo laboral también lo pueden hacer a nivel personal, pues la persona comienza a sentir cansancio emocional, y por ende a sufrir despersonalización, falta de su propia realización personal, se puede sentir incluso que no es buena o exitosa, entonces surge la baja calidad de vida.

En otro estudio realizado a policías del Estado de New Zeland se pudo encontrar que “Entre los oficiales de la policía se ha encontrado que el cansancio emocional se asocia a conductas domésticas de irritación, disgusto y tensión” (Maslach & Jackson, 1982)

Según opinión personal se puede decir que la relación entre el cansancio personal y conductas de irritación se debe también a que la persona no sabe cómo reaccionar frente a las irregularidades que se suscitan, porque sus labores salen de control.

En un estudio realizado en una multinacional con nombre anónimo, donde se hizo la investigación a alrededor de 3000 empleados, se ha encontrado igualmente que “quienes refieren niveles altos de burnout suelen informar de menores niveles de satisfacción en las relaciones de pareja”. (Byrne, 1994, pág. 33)

De acuerdo a la opinión personal se puede ver que incluso el burnout afecta a todos los ámbitos de la vida, incluso la de pareja, pues debido a que la persona no se encuentra en un estado emocional correcto la pareja sufre las consecuencias también.

1.6. Importancia del estudio del Burnout.

Es necesidad buscar información sobre situaciones que afectan no solo el clima laboral, sino que producen alteraciones físicas, emocionales intelectuales en el ser humano, que perjudican a todo su entorno laboral, afectivo, social, familiar, emocional; y lo hacen incluso

que se desbalancee, además hay que considerar que “el síndrome del personal quemado es un problema que afecta tanto a trabajadores como a voluntarios cuya tarea está relacionada con el trato con personas” (Miravalles, 2014, pág. 100)

Es decir que, el síndrome del quemado se vuelve más relevante cuando el trabajador tiene contacto directo con clientes o compañeros de trabajo o jefes, porque puede que no entienda el pedido del resto o se esfuerza por hacerlo, pero tal vez no lo asimila provocando estrés y por ende dando paso al burnout.

Además, en lo que se refiere a países desarrollados existen grandes preocupaciones sobre estas causas, a través del tiempo el concepto de estrés laboral ha cambiado. “Es importante por tanto hacer una recopilación que permita comprender la manera en que se dan las relaciones de sobrecarga de trabajo estrés-SB para evitar posibles complicaciones por falta de conocimiento sobre el quemado laboral” (Fernández, Zárate, & Lartigue, 2013, p.19)

1.7. Variables asociadas al Burnout.

El modelo de Maslach propone que:

A mayor incongruencia, mayor tendencia al Burnout y, a mayor congruencia, mayor tendencia al compromiso, se tiene conocimiento de que la incongruencia que se percibe indica que la persona tiene dificultad para cumplir con las exigencias del trabajo. Además, la teoría afirma que, si una persona ya mantiene un desarrollo progresivo de alguna dimensión del Burnout, la incongruencia puede provocar la manifestación total del síndrome, pero si, si se da una congruencia, el cuadro aún tiene solución. (Gómez & Ruiz, 2014, pág. 60)

Es decir que, con esta última teoría se regirá el presente proyecto, pues se desarrolla la asociación entre los factores psicosociales junto con la influencia de las tres dimensiones del síndrome de Burnout, por lo que implica que, si las primeras son congruentes con las necesidades de las personas, también las alteraciones disminuirán y se podrá mitigar los efectos del quemado a tiempo.

Factores psicosociales + incongruencia=
tendencia al Burnout

A + congruencia + tendencia al compromiso

CAPÍTULO 2
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos.

2.1.1 Objetivo General.

- Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras en una Institución de Salud Pública ubicada al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017

2.1.2. Objetivos específicos.

- Identificar las características sociodemográficas de médicos y enfermeras de la institución pública de salud de la ciudad de Quito.
- Determinar las dimensiones del burnout de médicos y enfermeras de la Institución de Salud Pública en la ciudad de Quito.
- Conocer el malestar emocional de médicos y enfermeras de la Institución de Salud Pública en la ciudad de Quito.
- Reconocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud.
- Distinguir los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias.

2.2. Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de médicos y enfermeras de la Institución de Salud Pública en la ciudad de Quito?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras/os) de la Institución de Salud Pública en la ciudad de Quito?
- ¿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 presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de una Institución de Salud Pública ubicada al norte de la ciudad de Quito, la cual presta servicios de alto nivel en lo científico, tecnológico y humano.

Esta entidad cuenta con las siguientes especialidades: Anestesiología, Cardiología, Cirugía General, Cirugía Vascular, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Familiar, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurología, Nutrición, Oftalmología, ORL, Pediatría, Psicología, Traumatología, Urología, y con los servicios de hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, gastroenterología, fisioterapia, cuidados intensivos, consulta externa, entre otros.

Cuenta con modernos equipamientos e instrumentos médicos, además las instalaciones son amplias y actualizadas para prestar un servicio oportuno y de calidad. Los profesionales son altamente capacitados y eficientes, su compromiso va mucho más allá de lo laboral pues el lazo con los pacientes se refleja en la entrega y respeto por ellos.

2.4. Diseño de investigación.

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

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

(Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

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

2.5. Muestra.

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

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 profesionales de la salud (20 médicos/as y 20 enfermeros/as), sin embargo, en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 33 profesionales de la salud (17 médicos/as y 16 enfermeras/os) de una Institución de Salud Pública ubicada al norte de la ciudad de Quito, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

	Médicos	Enfermeros
Muestra Invitada	20	21
Muestra real	17	16

Fuente: Médicos y enfermeras de institución de salud.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

- **Criterios de inclusión:** Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:** Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina, no firmar el consentimiento informado.

2.6. Procedimiento.

El desarrollo de esta investigación se realizó

- ✓ Se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente a la institución de salud.
- ✓ Se realizó un acercamiento con los directivos de la institución de salud a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos en la institución de salud.

Al obtener el visto bueno de los directivos se determinó el horario para la aplicación de la batería, en consideración a esto se procedió a buscar a médicos/as y enfermeras/os dentro del establecimiento para pedir la colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera.

Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

2.7. Instrumentos.

Los instrumentos fueron utilizados para recolectar la información que permitió cumplir con los objetivos trazados.

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Enfocado en obtener información sociodemográfica (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

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

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

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

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

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

Este es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer como la persona aprecia su estado de salud. Está compuesto por 28 ítems utilizados para comprobar la existencia de problemas psiquiátricos menores y estado de la salud mental del

encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro sub-escalas:

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

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

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

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- Auto-distracción: Centrarse en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.
- Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.

- Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- Religión: Refugio en espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

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

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

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

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

El cuestionario de personalidad consta de 24 ítems los cuales evalúan la personalidad

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

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

CAPÍTULO 3
ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través del análisis estadístico realizado con los datos recogidos en la población investigada serán descritos de acuerdo a los requerimientos y objetivos de la investigación. Así mismo, la muestra y los resultados se encuentran detallados en tablas diseñadas.

	Médicos/as	Enfermeros/as
Muestra Invitada	20	20
Muestra real	17	16

El primer objetivo específico es identificar las características sociodemográficas de médicos y enfermeras de la Institución Pública de Salud de la ciudad de Quito,

En la **Tabla 1**, se muestran los resultados obtenidos de las características socio demográficas y en la Tabla 2, las características laborales de la muestra investigada.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	9,0	52,9	3,0	18,8
Mujer	8,0	47,1	13,0	81,3
Edad				
<i>M</i>	37,9		35,6	
<i>DT</i>	9,1		6,3	
Max	65,0		45,0	
Min	26,0		26,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1,2		0,6	
<i>DT</i>	1,1		0,7	
Max	3,0		2,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	17,0	100,0	15,0	93,8
Blanco/a	0,0	0,0	1,0	6,3

Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	5,0	29,4	4,0	25,0
Casado/a	10,0	58,8	10,0	62,5
Viudo/a	1,0	5,9	1,0	6,3
Divorciado/a	0,0	0,0	1,0	6,3
Unión libre	1,0	5,9	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Mariño, A. (20217)

Para obtener los resultados presentados en la Tabla 1 se aplicó el Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC. Con respecto a los datos conseguidos del personal médico se evidencia que, del total de la muestra de 17 médicos/as, 9 son hombres y 8 mujeres, mientras que, de la muestra total de 16 enfermeros/as, 15 son mujeres, existiendo un solo hombre. Con relación a la edad, el promedio en médicos/as es de 37.9 años, en enfermeras/os es de 35.6 años. En cuanto al promedio del número de hijos del personal médico es 1.2, y el de personal de enfermería es de 0.6. Como siguiente punto, la etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza con 100% en médicos/as y 93.8% en enfermeras, presentando 1 profesional de raza blanca. Finalmente, en lo que se refiere al estado civil, el 58.8% de los médicos son casados/as y el 29.4% son solteros/as, mientras que las enfermeras el 62.5% son casadas/os y el 25% son solteras/os.

En la **Tabla 2**, se representa la participación mayoritaria en cuanto a ingresos mensuales, sector en que trabaja, tipo de contrato, recursos institucionales, media pacientes/día, y experiencia profesional.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	1,0	6,3	0,0	0,0
1001 a 2000	8,0	50,0	15,0	93,8
2001 a 3000	7,0	43,8	1,0	6,3

3001 a 4000	0,0	0,0	0,0	0,0
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	10,7		12,6	
<i>DT</i>	10,2		5,1	
Max	40,0		20,0	
Min	2,0		4,0	
Sector en el que trabaja				
Público	17,0	100,0	16,0	100,0
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	0,0	0,0	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	1,0	5,9	3,0	20,0
Ocasional	2,0	11,8	0,0	0,0
Plazo fijo	2,0	11,8	0,0	0,0
Nombramiento	8,0	47,1	11,0	73,3
Servicios profesionales	0,0	0,0	1,0	6,7
Ninguno	4,0	23,5	0,0	0,0
Horas de trabajo/día				
<i>M</i>	10,9		8,9	
<i>DT</i>	6,2		2,2	
Max	24,0		16,0	
Min	8,0		8,0	
N.º de pacientes/día				
<i>M</i>	13,5		17,3	
<i>DT</i>	10,9		18,7	
Max	35,0		53,0	
Min	1,0		0,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	3,0	17,6	5,0	31,3
Mediadamente	9,0	52,9	7,0	43,8
Poco	5,0	29,4	4,0	25,0
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	7,0	41,2	7,0	46,7
No	10,0	58,8	8,0	53,3

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en ambos grupos oscila entre 1001 y 2000 dólares mensuales. En el ámbito de la experiencia laboral, el promedio de años de actividad profesional del personal médico es de 10.7 años, mientras que los años laborados del personal de enfermería es 12.6 años. El sector en el que labora el 100% de la muestra investigada es el Sector Público. Con respecto al número de pacientes que atienden a diario los profesionales de la salud, se observa que, el personal médico atiende a una media de 13.5 pacientes, con una atención máxima de 35 pacientes diarios; mientras que la media de pacientes que atiende el personal de enfermería diariamente es 17.3, con una atención máxima de 53 pacientes al día. En referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos en un 52.9% y el 43.8% de enfermera/os indican que el establecimiento les provee medianamente de recursos indispensables para realización de su trabajo, sin embargo, el 29.4% de médicos/as y 25% de enfermeras/os manifiesta que reciben pocos recursos. Finalmente se conoce que, en la Institución de Salud Pública investigada, la minoría de los profesionales de la salud trabajan en turnos, esto es el 41.2% del personal médico y el 46.7% de enfermeras/os.

El segundo objetivo es determinar las dimensiones del Burnout de médicos y enfermeras de la Institución de Salud Pública en la ciudad de Quito, en la Tabla 3, se describe los niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y 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	6	35,3%	12	75,0%
	Medio	7	41,2%	2	12,5%
	Alto	4	23,5%	2	12,5%
Despersonalización	Bajo	8	47,1%	10	62,5%
	Medio	5	29,4%	4	25,0%

	Alto	4	23,5%	2	12,5%
Realización personal	Alto	5	29,4%	6	37,5%
	Medio	4	23,5%	3	18,8%
	Bajo	8	47,1%	7	43,8%

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

Elaborado por: Mariño, A. (2017)

El cuestionario aplicado para obtener los resultados obtenidos es el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), en referencia a la dimensión de agotamiento emocional, en la muestra de médicos el 41.2% obtuvo un puntaje medio, mientras que el 75% del personal de enfermería obtuvo un bajo nivel de agotamiento emocional. En el ámbito de la despersonalización, 47.1% de los médicos puntuaron en nivel bajo, y el 62.5% de las enfermeras puntuaron un nivel bajo también. Con respecto a la realización personal, el personal médico consiguió un nivel bajo con 47.1%, mientras que el personal de enfermería obtuvo 43.8% en nivel bajo de la misma dimensión.

Según se aprecia en la Tabla 3, los profesionales de la salud de la Institución de Salud Pública investigada, no presentan prevalencia de Síndrome de Burnout en 2 de sus dimensiones, agotamiento emocional y despersonalización, sin embargo, ambas partes presentan baja realización personal, siendo esta la última dimensión del síndrome y la cual indica los bajos niveles de satisfacción en el trabajo que los profesionales presentan.

En la **Tabla 4.**, se indica si existe o no el Síndrome de 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	15	88,2%	16	100,0%
	Presencia	2	11,8%	0	0,0%

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

Elaborado por: Mariño, A. (2017)

En los datos obtenidos del MBI aplicado, se determina que existen 2 casos en médicos que representan el 11.8% con presencia de Burnout, mientras que en el personal de enfermería

no existe presencia de burnout con el 100% de puntuación, es decir, cero enfermeras/os padecen del síndrome.

A pesar de existir una baja realización personal en ambas partes de los profesionales de la salud, la mayoría de la muestra investigada no presenta prevalencia del Síndrome de Burnout.

El tercer objetivo específico es Conocer el malestar emocional de médicos y enfermeras de la Institución de Salud Pública en la ciudad de Quito, en este apartado se describe los casos encontrados en cada una de las subescalas en grupos comparativos, es decir qué casos se presentan más, en médicos o en enfermeras.

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	11	64,7%	10	62,5%
	Caso	6	35,3%	6	37,5%
Ansiedad	No caso	8	47,1%	8	50,0%
	Caso	9	52,9%	8	50,0%
Disfunción social	No caso	16	94,1%	16	100,0%
	Caso	1	5,9%	0	0,0%
Depresión	No caso	16	94,1%	13	86,7%
	Caso	1	5,9%	2	13,3%

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

Elaborado por: Astrid Carolina Mariño Camacho

Para conocer los resultados del malestar emocional en los profesionales de la salud se aplicó el Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), en lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado son los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos en ambos grupos. El personal médico obtuvo el 52,9% en ansiedad, equivalente a 9 profesionales, mientras que el personal de enfermería obtuvo el 50%, es decir 9 enfermeras/os presentan esta sintomatología. En cuanto a los síntomas somáticos, el personal médico obtuvo 35,3% de casos, representando a 6 profesionales, y el personal de enfermería el 37,5% de casos, siendo 6 profesionales.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la presencia de malestares emocionales como la ansiedad, que puede manifestarse con nerviosismo, pánico o dificultades para dormir, y los síntomas somáticos como dolores de cabeza, dolores musculares o agotamiento físico, indica como los profesionales están apreciando su estado de salud actual, lo que puede guiarles a tomar soluciones de mejora a dichos malestares evaluados por ellos mismo.

El cuarto objetivo es Reconocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud, para obtener estos resultados se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE), expuestos en la **Tabla 6**.

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	1,88	2,00	6,00	,00	1,94	1,98	5,00	,00
Afrontamiento activo	2,35	2,34	6,00	,00	2,94	1,65	5,00	,00
Negación	,53	1,28	5,00	,00	1,40	1,59	4,00	,00
Uso de sustancias	,18	,39	1,00	,00	,93	1,83	5,00	,00
Apoyo emocional	1,06	1,53	5,00	,00	1,36	1,74	5,00	,00
Apoyo instrumental	1,18	1,38	5,00	,00	1,56	1,71	5,00	,00
Retirada de comportamiento	,47	,94	3,00	,00	1,53	2,03	6,00	,00
Desahogo	1,18	1,24	4,00	,00	1,07	1,39	4,00	,00
Replanteamiento positivo	1,65	1,62	5,00	,00	1,27	1,44	4,00	,00
Planificación	2,00	1,97	6,00	,00	1,56	1,26	4,00	,00
Humor	1,71	2,05	6,00	,00	1,13	1,41	4,00	,00
Aceptación	2,29	2,05	6,00	,00	2,13	2,09	5,00	,00
Religión	2,12	2,00	6,00	,00	1,73	2,19	6,00	,00
Culpa de sí mismo	1,29	1,90	6,00	,00	1,40	1,59	4,00	,00

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

Elaborado por: Mariño, A. (2017)

Los modos de afrontamiento más utilizados en el personal médico son: afrontamiento activo con 2.35, aceptación 2.29 y planificación 2. Mientras que en las enfermeras/os las estrategias de afrontamiento que sobresalen son: afrontamiento activo con 2.94, aceptación 2.13, y en auto distracción con una media de 1.94.

Esto demuestra que el personal médico realiza actividades y acciones ejecutadas para resolver los problemas y que reconoce y acepta el problema de la forma más positiva posible para posteriormente formularse un proceso a seguir y así poder controlar el problema. De igual manera el personal de enfermería utiliza los recursos de afrontamiento activo y aceptación, excepto planificación, a cambio de esta sobresale la auto distracción, lo que evita pensar en el problema realizando actividades que le distraigan del mismo.

El quinto objetivo específico es identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud. En la **Tabla 7** se describe la percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

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	78,53	19,88	100,00	37,50	67,03	27,13	100,00	30,00
Apoyo instrumental	81,76	20,00	100,00	30,00	62,33	28,96	100,00	25,00
Relaciones sociales	81,76	17,49	100,00	45,00	70,31	26,68	100,00	35,00
Amor y cariño	84,31	19,28	100,00	53,33	74,17	29,90	100,00	20,00

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

Elaborado por: Mariño, A. (2017)

El cuestionario aplicado para la obtención de datos es el Cuestionario MOS de apoyo social. En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta corresponde al amor y cariño siendo para médicos una media de 84.31 y para el personal de enfermería 74.17. En la escala de apoyo instrumental y relaciones sociales para médicos se percibe la misma media de 81.76, mientras que para enfermería la escala de apoyo instrumental es de 62.33 y relaciones sociales una media de 70.31.

Esto indica que los profesionales de salud cuentan con personas en su entorno que pueda brindarles guía y consejo, alguien que les preste ayuda en casa, cuentan con amigos en quienes confiar y alguien con quien comunicarse, distraerse en tiempos libres; brindar y

recibir afecto; de esta manera, en los momentos críticos de su profesión o vida personal, el personal médico y de enfermería cuenta con el respectivo apoyo social para recibir ayuda.

El último objetivo específico mostrado en la **Tabla 8** es: Distinguir los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias. Se aplicó el Cuestionario de Personalidad (EPQR-A) para distinguir los rasgos.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,35	1,11	3,00	,00	1,86	1,61	6,00	,00
Extroversión	4,29	1,49	6,00	2,00	5,13	1,31	6,00	2,00
Psicoticismo	2,24	1,56	5,00	,00	1,71	1,49	4,00	,00

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

Elaborado por: Astrid Carolina Mariño Camacho

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de y 4.29 en médicos y 5.13 en el personal de enfermería, seguido de psicoticismo en médicos con 2.24 y en enfermeras 1.71, y finalmente el rasgo de neuroticismo donde el personal médico obtuvo una media de 1.35. y el personal de enfermería obtuvo una media de 1.86.

La personalidad con puntaje más alto para ambos grupos fue de extroversión que se caracteriza por ser personas comunicativas, expresivas y confiadas. La siguiente personalidad que puntúa en un alto rango para médicos y enfermeras es el psicoticismo, que se caracteriza por tener dureza lo que se entiende es un rasgo necesario para este tipo de profesiones. Finalmente, el rasgo de neuroticismo, caracterizado por niveles de afecto negativos como la depresión o ansiedad, presentes mucho más en enfermeras/os que, en médicos, y este resultado corrobora el malestar emocional presentado por enfermeras que sí padecen depresión y ansiedad. Lo correcto es mantener vigilado y controlado este tipo de sintomatología para evitar que su trabajo en los pacientes tenga efectos negativos.

CAPÍTULO 4
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio de Síndrome de Burnout en médicos y enfermera/os es indispensable ya que nos permite realizar una búsqueda detallada de alternativas organizacionales para prevenir la aparición de este o para evitar que la incidencia de las diversas dimensiones del Burnout se desarrolle, con la idea de reducir sus efectos o prevenirlos.

Para definir resultados sobre el objetivo específico “Identificar las características sociodemográficas de médicos y enfermeras de la institución pública de la salud en la ciudad de Quito”, fue posible observar en base al muestreo obtenido de 17 médicos y 16 enfermeras de la Institución de Salud Pública de Quito para el año 2017 que la mayor parte de médicos son de género masculino, mientras que en lo que incluye el personal de enfermería son mujeres, lo cual hace referencia a lo dicho en la investigación realizada sobre el desgaste profesional quienes indican que de acuerdo a la muestra elegida de 258 enfermeras, médicos y auxiliares, como un antecedente sobre datos sociodemográficos se determinó que en la muestra de enfermeras/os predomina el género femenino en doctores el masculino, a la edad promedio de médicos es entre 37 y 38 años de edad, mientras que en enfermeras es de 35 a 36 años.

En otra investigación sobre el Burnout indica que “a mayor edad, más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de burnout” (Joffre, 2011), es decir que quienes tienen más experiencia en las labores de su puesto de trabajo, son quienes tienden a quemarse menos en él, siendo este un factor propiamente analizado por la investigación en mención.

En lo referente a su etnia se conoce que el 100% de médicos y el 93,8% de enfermeras son mestizos, en este ámbito, aunque no se ha encontrado una investigación nacional referente al tema, Víctor Joffre afirma que “la mayor parte provienen de raza blanca” (Joffre, 2011), debido a que es una investigación realizada en España, donde prevalece esa raza.

En lo que respecta al estado civil la mayoría de médicos son casados superando el 50% del total, la otra minoría solteros o viudos o viven en unión libre, mientras que en lo que respecta a las enfermeras se prevé un caso similar pues, la mayor parte son casadas, solo la minoría son solteras, divorciadas y viudas, siendo uno de los factores de riesgo, ya que según Preciado (2009) indica que “Existen tres componentes principales del burnout: los estímulos externos o contexto, las variables psicosociales y la vulnerabilidad del individuo” esto quiere decir que, el impulso por mantener el trabajo por ser el sustento de sus familias, hace que, también se genere el quemado laboral.

También fue importante definir las características laborales de los profesionales de la salud, donde se obtuvo que en su mayoría los médicos perciben de 2001 a 3000 USD, siendo así, se los puede ubicar dentro de un nivel de ingresos medio-alto en su mayor parte; por otro lado en lo que se refiere a las enfermeras donde la mayoría de ellas (mayor al 50%) indica que percibe entre 1001 a 2000 US, es decir que la mayoría de enfermeras se pueden catalogar como clase media, en este aspecto no existen datos cuantificables en las investigaciones realizadas acerca del Burnout sobre el sueldo que perciben los profesionales de la salud, sin embargo, es un tema a discusión que se debería profundizar en otras investigaciones sobre el tema.

Debido a que es un hospital público del que se habla, todos han indicado que su sector laboral es a nivel público, mientras que el tipo de contrato es bastante diverso pues alrededor de la mitad de médicos disponen de un contrato con nombramiento, y la otra mitad trabaja bajo servicios profesionales, ocasionales, plazo fijo o con contrato eventual, esto quiere decir que, cuando no disponen de un trabajo seguro también puede ser un factor preponderante para incidir en el Burnout.

Así en lo referente a las enfermeras de igual manera la información muestra diversidad de resultados siendo que, la mayor parte de ellas (más del 50%) mantienen un contrato con nombramiento, la menor parte (menos de la mitad) disponen de un contrato, eventual o bajo servicios profesionales, en esta instancia Quiroz y Saco (2004) detallan “respecto al tipo de contrato se halló que los sujetos que disponían de nombramiento o contrato fijo mostraron un menor nivel de burnout “

Las horas de trabajo al día en promedio son de 10.9 horas en médicos y en enfermeras es de 8 a 9 horas diarias de labores, mientras que en la investigación de Portero & Vaquero (2004), se estima que “La media de horas trabajadas es de 6,98 diarias” es decir en dicho hospital privado trabajan menos horas que en el hospital público.

En lo referente al número de pacientes que atiende al día en médicos, contando con que es una labor que requiere de más entrega personalizada y metódica con el paciente dispone de 13 a 14 pacientes promedio al día, mientras que las enfermeras/os mantienen 17 pacientes como promedio a diario, en el caso de la investigación de Portero & Vaquero (2015) se detalla que “La media de pacientes atendidos diariamente por los profesionales fue de 7.90”, es decir que en el caso de la investigación mencionada anteriormente, se puede concluir que debido a que el estudio fue realizado en un hospital particular, el número de pacientes es menor que los referidos al presente proyecto.

Con respecto a los recursos institucionales se sabe que, el 52,9% de médicos indica que dispone medianamente de recursos, mientras las enfermeras indican el 43,8% dispone medianamente de recursos, según lo determinado por Portero & Vaquero (2015) “el 60% de médicos y personal de enfermería indica que solo dispone de recursos básicos, el 30% de recursos totalmente adecuados y el 10% que no dispone de suficientes recursos para su trabajo”, en esta instancia se habla de que, los recursos y su disponibilidad es un aspecto decisivo para reducir la posibilidad de burnout.

En lo referente a las dimensiones del burnout de médicos y enfermeras de la Institución Pública en la ciudad de Quito, siendo el objetivo específico 2 la determinación de dichas dimensiones, se sabe que, en la mayor parte de médicos el agotamiento emocional es medio, en lo que respecta al agotamiento emocional de los y las enfermeros (as) la mayor parte (más del 50%) lo percibe como bajo. Para la investigación analizada también del Burnout se supo que “dicho agotamiento es de 4,74 puntos” (Portero & Vaquero, 2015) es decir en su mayor parte se establece un promedio bajo de la presencia de agotamiento, pero al igual que la presente investigación se observa la necesidad de indagar sobre estrategias para eliminar o disminuir este efecto de agotamiento en el personal que lo padece.

En el factor despersonalización, la mayor parte de médicos muestra que esta dimensión la disponen a nivel bajo, otra parte menor asume a nivel medio y alto, de acuerdo a los médicos y enfermeros (as) la mayoría (más del 50%) tienen un nivel de despersonalización baja, en comparación de este factor con respecto a la investigación realizada por V. Joffre (2011) se indica que “La mayor parte de personal profesional de salud (61%) tienen un nivel de despersonalización bajo, 23% moderado y 15% alto”, es decir que al comparar el factor despersonalización entre la investigación de Joffre con la ejecutada actualmente, coinciden en que el factor despersonalización es bajo en médicos y enfermeros.

En cuanto a la realización personal, se sabe que, la mayoría de médicos tienen alta realización personal, pero por el contrario, en enfermeras la realización personal es baja en la mayoría de ellas, en lo que respecta a lo dicho en la investigación de V Joffre (2011) se indica que “la mayor parte de ellos 85% disponen de un nivel de realización personal alto”, al comparar con la investigación presente los datos son similares ya que en ambos casos se obtiene que existe un nivel de realización personal alto que predomina en médicos pero para el caso de enfermeras, se tiene por el contrario baja realización personal, siendo un factor de riesgo que puede incidir en burnout.

Siguiendo el objetivo de las dimensiones del burnout y su incidencia, se sabe, la mayor parte de los médicos no disponen de presencia de burnout, y su presencia predomina en una parte mínima (11,8%) de la muestra observada, mientras que en enfermeras, la totalidad de ellas arrojan datos de que no poseen presencia de burnout.; en la investigación de Portero & Vaquero (2015) por su parte se indica que “la media de estrés laboral fue de 44.23% con 12.97 puntos y sus valores oscilaron entre 13 y 76 puntos” es decir que en dicha investigación de un hospital particular, los médicos, enfermeras y auxiliares incidieron con mayor realce en estrés laboral, lo que puede desembocar en mayor incidencia de Burnout, que en el caso de un hospital público como lo arroja la presente investigación.

También se aplicó el cuestionario de salud general (GHQ-28), utilizado para determinar el malestar emocional de médicos y enfermeros(as) de la institución, siendo el objetivo específico 4 de la investigación, en donde se pudo constatar que los síntomas que más se son los de ansiedad y síntomas somáticos en ambos grupos. El personal médico obtuvo el 52,9% en ansiedad, mientras que el personal de enfermería obtuvo el 50%. En cuanto a síntomas somáticos, el personal médico obtuvo 35,3% y el personal de enfermería el 37,5% presentan síntomas somáticos a pesar de que no se encontraron cuantificablemente, se pudo analizar de forma cualitativa, lo dicho según Víctor Jofree (2011) “uno de los aspectos preponderantes de indicios de que un trabajador puede sufrir de burnout es la depresión y la ansiedad”

En cuanto a las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud, siendo parte del objetivo cuatro, se presentó que aquellos factores que poseen la media más alta en la muestra de los médicos son: afrontamiento activo con 2.35, aceptación 2.29 y planificación 2. Mientras que en las enfermeras/os las estrategias de afrontamiento que sobresalen son: afrontamiento activo con 2.94, aceptación 2.13, y en auto distracción con una media 1.94, es decir que en ambos casos se repite el afrontamiento activo y la aceptación, mientras que en médicos predomina la planificación y en enfermeros la distracción, como factor diferencial, según lo visto por la investigación de “se daba un promedio de 5.05 puntos en el control y planificación, 4.09 puntos a la aceptación y 5.12 puntos al reto o enfrentamiento”, lo que indica que en el caso del presente proyecto la muestra analizada incide en bajos niveles de afrontamiento, aceptación y demás factores de afrontamiento del personal.

Con respecto al objetivo específico 5 de identificar el apoyo social procedente de la red social ya sea por vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud, se tiene claro que, predomina la media más alta en médicos: el amor y cariño lo que

simboliza el 84,31 de la media ponderada para esta característica, mientras que para el personal de enfermería simboliza el 74,17; aunque no se evalúa cuantificablemente según la investigación de Víctor Joffre detalla que “los aspectos afectivos mitigan gran parte del estrés laboral”

En la escala de apoyo instrumental y relaciones sociales para médicos se percibe la misma media de 81.76, mientras que para enfermería la escala de apoyo instrumental de enfermeras es de 62.33 y relaciones sociales 70.31, sin dejar de lado el apoyo emocional que para los médicos presenta una escala un tanto más predominante que en enfermeros de 78,53 y en enfermeras de 67,03, igualmente según la investigación de Portero y Vaquero (2015) aunque no existen datos cuantificables en este aspecto detallan que “las relaciones laborales y sociales, creando un ambiente de trabajo adecuado influyen de forma directa en las dimensiones como despersonalización y realización personal”

Finalmente para validar el objetivo específico 6, Distinguir los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias se puede percibir que el rasgo de personalidad que predomina en médicos es el de ser extrovertido con 4.29 de media, luego le sigue el psicoticismo con 2,24 y finalmente el rasgo de neuroticismo de 1,35; en enfermeras por su parte se asume que el rasgo de personalidad predominante fue el de neuroticismo, mientras que le sigue el de psicoticismos con 1,71 y finalmente el de la extroversión con 1,31 de media, según la investigación dada por “los factores de tipo B que son predisponentes al Burnout son el neuroticismo y la extroversión”, lo cual indica que los médicos y enfermeros están un tanto propensos al Burnout debido a sus rasgos de personalidad predominantes (extroversión y neuroticismo).

En definitiva, se puede decir que el Burnout afecta más a médicos que a enfermeras, además que incide en personas casadas más que en solteras, y que uno de los síntomas específicos que permiten anticipar el burnout es la depresión o la ansiedad, además que en el sector privado se tiene mayor presión por lo que surge el quemado en el trabajo, mientras que, otro factor preponderante es que quienes llevan más años y tiempo de trabajo en sus funciones tienen menos incidencia de Burnout que quienes inician sus años en dichas labores, por lo que, son estos factores los que deben verificarse en trabajadores (Médicos y enfermeras) para establecer si presentan o no indicios de sufrir de Burnout en instituciones de la salud.

CONCLUSIONES:

Al finalizar la investigación realizada en la Institución de Salud Pública de Quito, se concluye que, la mayoría de médicos son hombres en una edad media de 37.9 años y al menos un hijo, y la mayoría de enfermas son mujeres en una edad media de 35.6 años y al menos un hijo. Los profesionales son mestizos y casados, perciben un sueldo promedio de \$1001 y \$2000, los médicos poseen más experiencia laboral en años que las enfermeras. La mayor parte del personal cuenta con nombramiento, y no todos tienen jornadas de trabajo por turnos. Esto indica que, la edad en la que los médicos y enfermeras se encuentran, el sueldo que perciben, los años de experiencia laboral y el tipo de contrato en el que trabajan, se alejan de los posibles riesgos laborales a padecer los síntomas del Síndrome de Burnout, siendo la jornada laboral, el sueldo, y los años de experiencia, adicionalmente contar con un puesto de trabajo fijo e indefinido puede brindarles seguridad laboral lo que genera una preocupación menos, se compromete más a la responsabilidad con sus pacientes y al correcto al manejo de emociones.

En las dimensiones del burnout en el personal médico se obtuvo en la dimensión de agotamiento emocional un puntaje medio de 41,2%, baja despersonalización 47,1% y alta realización personal 29,4%. En la muestra del personal de enfermería el 75% puntuó bajo en agotamiento emocional, 62,5% bajo en despersonalización y 43,8% bajo en realización personal. La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal médico fue de 11,8% y en el caso de las enfermeras el personal no mostró prevalencia del síndrome. Lo que demuestra que a pesar de que el personal de enfermería puntúa bajo en realización personal, no muestra prevalencia del síndrome.

En cuanto a las variables de salud mental, los síntomas que más se presentaron son los de ansiedad y síntomas somáticos en ambos grupos. La carga laboral y no contar con todos los recursos indispensables en momentos de emergencias generan este tipo de malestar en los profesionales.

En lo referente a los estilos de afrontamiento las escalas que tuvieron una media mayor fueron: afrontamiento activo, planificación, aceptación y religión en médicos y en enfermeras prevaleció la retirada de comportamiento, aceptación y religión. En lo referente al apoyo social tanto en médicos y enfermeras la dimensión que sobresalió fue amor y cariño, lo que nos indica que en casos de agotamiento laboral o cualquier otra situación que

perturbe de alguna manera la salud física o mental del profesional, cuenta con apoyo emocional procedente de su red social.

Finalmente, el rasgo de personalidad que sobresalió en médicos/as fue el de extraversión y en enfermeras fue el neuroticismo, personalidades muchas veces adquiridas a lo largo de la vida profesional.

RECOMENDACIONES:

En base a que no existe prevalencia de Síndrome de Burnout en la Institución de Salud Pública de Quito, se sugiere que, se considere los datos obtenidos en la presente investigación con el fin de mantener la eficacia asistencial del personal médico y de enfermería que se les brinda a los pacientes.

La organización de charlas con especialistas para brindar información sobre la prevención del Síndrome de Burnout se recomienda con el fin de dar a conocer todo lo pertinente en cuanto al tema, ya sea el caso de sentir los síntomas que el síndrome conlleva, sepan manejarlo de la manera más oportuna y no permitir que el mismo se manifieste.

Se recomienda que se desarrollen convivencias, actividades grupales al menos 1 vez al mes entre el personal médico y de enfermería con el fin de crear lazos de amistad y confianza, mejorar la autoestima y la seguridad en uno mismo y de esta forma que cada área pueda conocerse e integrarse, para que en el caso de que surja un problema o un acontecimiento, puedan sentir el apoyo social de parte de sus colegas.

En caso de que el síndrome surgiera en los años posteriores al estudio realizado, se sugiere a las autoridades de la Institución de Salud de Quito brindar todo el apoyo, ayuda, acompañamiento y guía que el personal necesite para reducir sus efectos y aminorar los síntomas para que de esta manera tanto el servicio de calidad prestado a los usuarios de la Institución como la salud del personal de salud no se vean afectados ni deteriorados.

Además, se recomienda a la Institución no descuidar la salud física y emocional de su personal médico y de enfermería, dotar de los insumos o recursos necesarios e indispensables para el excelente desarrollo de sus actividades y tener precauciones con el cuidado de la salud e incrementar a su jornada laboral momentos de recreación y relajación entre períodos de tiempos establecidos para reducir los síntomas del estrés que muchas de sus actividades conllevan.

Se sugiere que para futuros estudios que se ejecuten se incluyan en la población más instituciones para que la muestra sea más representativa y poder comparar resultados entre instituciones y así obtener más información sobre lo que sucede con la salud laboral del personal médico y de enfermería a nivel de la ciudad de Quito para mejorar los servicios, prevenir y rehabilitar al personal en caso de ser necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buendía, J., & Ramos, F. (2001). *Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida*. México: UAM.
- Buzzetti, M. d. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory*. Chile: Universidad de Chile.
- Byrne, B. (1994). *Burnout*. New York: Educational Research Journal.
- Camacho, J. (2003). *Sobre el síndrome del burnout o de estar quemado*. Argentina.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. (2010). *Comisión Ejecutiva Confederal de UGT*. Madrid: Observatorio Permanente.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stage of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Service.
- Fernández, M. V., Zárate, R., & Lartigue, T. (2013). *¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México?* Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v7n1/v7n1a4.pdf>
- Forbes, R. (2011). *El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa*. Argentina: Éxito empresarial.
- Freudenberger, J. (1981). *The burned out professional: What kind of help?* Filadelfia.
- Gómez, M., & Ruiz, M. (2014). *DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL ASISTENCIAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO, 2014*. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Guzmán, A. (2011). *Síndrome de Burnout*. Enfra.
- Jackson, S., Schwab, R., & Shuler, R. (1986). *Toward an understanding of the burnout phenomenon*. Journal of Applied Psychology.

Lara, V. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Maicon, C., & Ruiz, G. d. (01 de 01 de 2010). *Anales de psicología*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16713758020.pdf>

Martínez, A. (2010). *Síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y Estado Actual de la Cuestión*. España: Vivat.

Maslach, C., & Jackson, C. (1982). *Burnout in health professions: a social psychological analysis*. Erlbaum.

Miravalles, J. (2014). *Gabinete de psicología*. Obtenido de <http://www.javiermiravalles.es/formacion/Importancia%20y%20Prevencion%20del%20Sindrome%20Burnout.html>

Moreno, B. (2001). *Desgaste profesional (burnout) Personalidad y Salud percibida*. UAM. Obtenido de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Navarro, V. (2010). *intermedicina*. Obtenido de intermedicina: http://www.intermedicina.com/Avances/Interes_General/AIG23.htm

Pines, A., & Maslash, C. (1978). *Characteristics of staff burnout in mental health settings*. Hospital and Community Psychiatry.

Price, & Murphy, P. (1984). *Staff burnout symptoms among drug and alcohol service employees*. Death Education.

psicología online. (2005). *Síndrome de Burnout*. http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml.

Thomaé, Ayala, Sphan, & Stortti. (2006). *El Burnout*. San Francisco.

ANEXOS

ANEXO 1

1.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

NOMBRE:

.....

FIRMA

ANEXO 2

2.1. INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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