



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÀREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

“Síndrome de Burnout y su relación con las variables laborales en el personal de salud de instituciones públicas de la ciudad de Machala - Provincia del Oro durante el año 2017”

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Peña Parraga, Leydi Betty

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elizabeth. Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

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 DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgtr.

María Elizabeth Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Síndrome de Burnout y su relación con las variables laborables en el personal de salud de instituciones públicas de la ciudad de Machala Provincia del Oro durante el año 2017 realizado por Leydi Betty Peña Parraga ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Marzo de 2018

f).

DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

Yo Leydi Betty Peña Parraga declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Síndrome de Burnout y su relación con las variables laborables en el personal de salud de instituciones públicas de la ciudad de Machala Provincia del Oro durante el año 2017”, de la Titulación de psicología siendo María Elizabeth Vivanco Vivanco directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Leydi Betty Peña Parraga

0929253771

DEDICATORIA

A mi hermana y mejor amiga Fernanda, quien es el pilar fundamental en mi vida.

A mi esposo Jorge, por su amor y apoyo incondicional que en todo momento me ha brindado.

A mi sobrina Mishell, quien fue un motor de inspiración para formarme profesionalmente y ser su ejemplo en su crecimiento personal y profesional.

Todo este trabajo ha sido posible por el amor, que siempre me brindaron y la confianza depositada en mí, ellos son lo más importante en mi vida y la razón por la cual mejorar día a día, me siento orgullosa de tenerlos y que sean los pilares de mi formación.

Leydi Peña.

AGRADECIMIENTO

A Dios, ya que sin él esta etapa no se cumpliría.

A la Universidad Técnica Particular de Loja y docentes por los conocimientos y herramientas que emitieron, los cuales me permitieron entender el objetivo de la psicología dentro de la sociedad.

A mi Directora de Tesis, Mgt. María Elizabeth, Vivanco Vivanco, quien en todo momento estuvo presente despejando dudas y sobre todo brindándome su paciencia, guía y la rectitud en su profesión como docente.

A mi esposo y hermana, pilares fundamentales; quienes en todo momento me brindaron su apoyo incondicional y depositaron en mí su confianza para poder llegar a la meta planteada de aprender psicología y poder ayudar a los demás.

A mis amigos y compañeros, especialmente a Estefanía Través; quien en todo momento me motivo y con quien comparto el amor a la psicología.

Leydi Peña.

INDICE

CARATULA.....	I
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÒN.....	3
CAPITULO I.....	5
CONCEPTUALIZACIÒN DEL SÌNDROME DE BURNOUT	5
1.1 Conceptualización del síndrome de burnout	6
1.2 Desarrollo del síndrome de burnout.....	10
CAPITULO 2.....	13
CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BOURNOUT.....	13
2.1. Consecuencias del síndrome de burnout	14
CAPITULO 3.....	17
MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.....	17
3.1 Modelos explicativos del burnout	18
3.2 Modelos elaborados de la teoría del intercambio social.	20
3.3 Modelos de la teoría organizacional.....	21
3.4 Modelos de la teoría estructural modelo de Gil Monte	22
CAPITULO 4.....	23
PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT.....	23
4.1 Prevalencia del burnout.....	24
CAPITULO 5.....	28
VARIABLES ASOCIADAS AL SINDROME DE BURNOUT.....	28
5.1 Variables	29
5.2 Variables moduladoras.....	30
5.3 Apoyo social	33

CAPITULO 6.....	34
METODOLOGIA.....	34
6.1 Objetivos.....	35
6.2. Objetivo específicos.....	35
6.3 Preguntas de investigación.....	35
6.4 Contexto.....	36
6.6. Procedimiento.....	38
6.7. Instrumentos de investigación.....	39
CAPITULO 7.....	43
RESULTADOS.....	43
7.1 Características sociodemográfica.....	44
7.2 Características laborales.....	45
7.3 Dimensiones del burnout en profesionales de la salud.....	47
7.4 Casos de burnout en profesionales de la salud.....	48
7.5 Malestar emocional de los profesionales de la salud.....	48
7. 6 Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.....	49
7.7 Percepción de apoyo social en los profesionales de la salud.....	50
7.8 Rasgos de personalidad en los profesionales de la salud.....	50
CAPITULO 8.....	51
DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICA.....	61
ANEXOS.....	70
<i>Instrumentos aplicados a médicos y enfermeros.....</i>	74

RESUMEN

El Burnout es considerado una patología que dificulta el desenvolvimiento activo profesional, conllevándolo a experimentar síntomas psicosomáticos, presentándose mayores índices en el ámbito de salud, motivo por el cual el objetivo de la investigación es Identificar la prevalencia del burnout y sus tres dimensiones en médicos y enfermeras de centros médicos públicos de la ciudad de Machala.

El estudio fue de tipo exploratorio, no experimental, descriptivo y transversal. Se utilizó instrumentos de evaluación como Cuestionario sociodemográfico, GHQ-28, Cuestionario AP, Afrontamiento BRIEF- COPE, EPQR-A y el MBI, no se evidencia casos de burnout, puesto que no cumplen con los criterios de evaluación; en cuanto a sus dimensiones demuestran en médicos porcentajes bajos para agotamiento emocional y despersonalización, pero alto en realización personal; por el contrario en profesionales de enfermería bajo en agotamiento emocional, bajos y medios en despersonalización y altos en realización personal; finalmente no se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas y laborales, pero se evidencia ansiedad y síntomas somáticos. Por otra parte actúan como variables protectoras el apoyo social y prevalece como rasgo de la personalidad la extroversión.

PALABRAS CLAVES: Burnout, Dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, prevalencia, variables sociodemográficas, edad, genero, estado civil.

ABSTRACT

Burnout is considered a pathology that hinders active professional development, leading to psychosomatic symptoms, presenting higher rates in the health field, which is why the objective of the research is to identify the prevalence of burnout and its three dimensions in doctors and nurses from public medical centers in the city of Machala.

The study was exploratory, not experimental, descriptive and transversal. We used assessment instruments such as Sociodemographic Questionnaire, GHQ-28, AP Questionnaire, BRIEF-COPE Coping, EPQR-A and the MBI, there is no evidence of burnout, since they do not meet the evaluation criteria; in terms of their dimensions, they show in physicians low percentages for emotional exhaustion and depersonalization, but high in personal fulfillment; on the other hand, nursing professionals are low in emotional exhaustion, low and medium in depersonalization and high in personal fulfillment; Finally, no significant differences were found in the sociodemographic and working variables, but anxiety and somatic symptoms were evidenced. On the other hand, social support acts as protective variables and extroversion prevails as a personality trait.

KEY WORDS: Burnout, Dimensions, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, prevalence, sociodemographic variables, age, gender, marital status.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout, es una respuesta al estrés laboral crónico que parece afectar en mayor medida a un colectivo profesional, tiene carácter tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, presentando manifestaciones fisiológicas, psicológicas, y conductuales, afectando notablemente a profesiones que tienen contacto directo con personas o aquellos profesionales con altas dosis de entrega y participación con su labor o en contextos laborales con elevada carga laboral, baja recompensa y ambiente en los que no se posibilita la participación para la toma de decisiones, es por ello que esta investigación se interesa en los profesionales de la salud, siendo esta población más vulnerable a padecer burnout; por la demanda de pacientes, pagos deficientes u otras variables que conllevan a padecer el trastorno; por esta razón se llevó a cabo la investigación en entidades médicas públicas de la ciudad de Machala provincia del Oro, tomando como muestra a médicos y enfermeras que laboran activamente.

El objetivo general de esta investigación se enmarca en: Identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras en instituciones públicas de la ciudad de Machala durante el año 2017 .

En cuanto a los objetivos específicos, los cuales son; Establecer las variables sociodemográficas, laborales, moduladoras y sobretodo clínicas de los médicos/as y enfermeros/as de instituciones médicas públicas de la ciudad de Machala e Identificar las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil) a la presencia del burnout.

El siguiente trabajo de investigación se ha dividido en siete apartados, los cuales tienen el objetivo de brindar un conocimiento general y entendimiento específico del tema, entre los cuales se encuentran; Marco teórico, metodología, análisis de resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

El primer apartado denominado marco teórico, explicará la conceptualización, desarrollo, fases, consecuencias, modelos explicativos, prevalencia, importancia y variables asociadas al síndrome de burnout.

Posteriormente en el apartado de metodología, se explica el método empleado, el cual es exploratorio con características cuantitativas, transversal y descriptivo. Posteriormente se explica el objetivo general y los específicos, para lo cual se utilizó como muestra a 40 profesionales de la salud entre médicos y enfermeras de entidades médicas públicas; a quienes se les aplicó instrumentos psicológicos como: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, inventario MBI, Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) , Cuestionario MOS de apoyo social y el cuestionario de personalidad de Eysenck EPQR-A.

En cuanto al apartado de análisis de datos se explica la interpretación de los resultados obtenidos, en base a los instrumentos de evaluación aplicados, los cuales indican que en la muestra seleccionada de médicos y enfermeros encuestados, no evidencia casos de burnout, en cuanto a las dimensiones indican los siguientes porcentajes: Agotamiento emocional bajo con 69.0%, despersonalización baja con 72.4% y realización personal alto con un 62.1% en el caso de los profesionales de medicina; por el contrario los profesionales de enfermería sus valores son: bajo para agotamiento emocional niveles bajos y medios con un 37.5% y despersonalización baja con un 50.0% finalmente realización personal alta con 50.0%, además no se observa diferencia significativa con las variables sociodemográficas y laborales al síndrome de burnout.

Se observó niveles de ansiedad y síntomas somáticos en algunos médicos y enfermeros, y practica de estrategia de afrontamiento como religión en médicos y auto-distracción en profesionales de enfermería y como variables moduladora y/o protectora el apoyo social específicamente el amor y el cariño en ambos profesionales.

Finalmente en el apartado de conclusiones, se dará respuesta a los objetivos planteados y en la parte de recomendaciones se indicas las sugerencias para futuras investigaciones del tema en referencia al personal encuestado.

CAPITULO I.
MARCO TEÒRICO
CONCEPTUALIZACIÒN DEL SÌNDROME DE BURNOUT

1.1 Conceptualización del síndrome de burnout

El ritmo de vida acelerado, al que estamos expuestos constantemente y las exigencias que demandan el trabajo y la obsesión por mantener una buena estabilidad económica, facilitan la provocación de trastornos psicofisiológicos en las personas. Siendo ahí donde, diferentes sectores se han preocupado por este fenómeno y muchos investigadores se han dedicado a reconocer la razón por la cual aumenta la prevalencia de dichos trastornos y especialmente aquellos relacionados con la psicología, originados por el estrés laboral y específicamente en el ámbito de la salud y cual se le dará nombre de Síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout se lo puede encontrar en la literatura especializada como síndrome de estar quemado (una aproximación a la traducción del término anglosajón), o desgaste profesional que son términos equivalentes, el cual ha llamado la atención de muchos investigadores, quienes han llegado a determinar que consiste en un proceso de pérdida del compromiso y la implicación personal en la acción que realiza el profesional en su entorno laboral, este síndrome se da en individuos llamados "normales", y se lo puede evidenciar por un bajo rendimiento laboral, desmotivación y retirada organizacional.

El termino Burnout se inicia en los años 70 específicamente con Herbert Freudenberger (1974), médico psiquiatra que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York, lugar en el cual observó cómo los voluntarios experimentaban una pérdida de energía y desinterés por el trabajo, acompañado de signos de ansiedad y depresión, motivo por el cual lo nombro con el termino "estar quemado".

A este síndrome se lo define como, sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador Freudenberger (1974).

Por otra parte se lo defino como una degeneración del interés y las aspiraciones de los profesionales, que son causadas por las altas demandas laborales en los centros médicos, las cuales conllevan a una sobrecarga en el ambiente laboral Edelwich y Brodsky (1980).

Para Pines, Aronson y Kafry (1981), es el resultado de la constante y repetitiva presión emocional asociada con intenso involucramiento con personas por largos períodos de tiempo, estos autores además enfatizan que no es causado por uno o dos síntomas de acontecimientos traumáticos, sino a la persistencia de estos acontecimientos acompañados de la ausencia de un significado a la acción laboral.

Por otra parte Maslach y Jackson (1986), cuyos estudios le dieron la importancia al síndrome, describiéndolo como el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés entre sus compañeros de trabajo; en esta definición se observan elementos característicos como; **Cansancio emocional, (C.E)** el cual se caracteriza por la pérdida continua de energía, agotamiento laboral y disminución de recursos emocionales y físicos; **Despersonalización, (DP)** se refiere a cambios progresivos de actitudes unidos a respuestas irritables hacia los demás, además estaría acompañado de una desmotivación laboral; y finalmente tenemos la **falta de realización personal, (FRP)** que se manifiesta con respuestas negativas de incapacidad para desempeñar la labor profesional, Maslach además manifiesta que este síndrome se puede desarrollar en el área de la salud y de la educación; luego encontramos otras definiciones como por ejemplo la de Burke (1986), que define al síndrome como un proceso de adaptación al estrés experimentado en el entorno laboral, acompañado por un desgaste emocional, desinterés y culpa por la ausencia del éxito profesional.

Recalcando que, el Síndrome de Burnout; es una manifestación en el ser humano ante la exposición al estrés laboral caracterizado por un conjunto de signos negativos que afectan directamente al desempeño laboral del individuo. En décadas posteriores, este concepto ha sido analizado por varios autores, entre los que se analiza a: Álvarez y Fernández (1991), quienes establecen que aquellos eventos estresores ya sean en entornos familiares, círculos sociales o laborales agotan la capacidad de adaptación, creando una inestabilidad entre el individuo y el puesto en el cual se desenvuelve.

También se recalca los aportes de Maslach (1993), quien tras años de una prolongada investigación, ésta estaba direccionada a determinar características

cognitivas de emociones experimentadas y de cómo la gente categorizaba y controlaba tales emociones. Específicamente su objetivo era reconocer como la gente respondía ante una crisis sin perder la calma y con una buena conducta, como por ejemplo la de un personal de un hospital ante eventos de emergencia o de atención urgente.

Posteriormente Maslach y Schaufeli (1993), manifiestan que el burnout se muestra en profesiones de servicio, es decir en aquellas personas que tienen contacto directo con las personas y/o clientes, indicando que está presente en otras profesiones, como: deportistas y amas de casa.

Luego encontramos a Gil-Monte & Peiró (1997) quienes bajo una perspectiva psicosocial consideran al síndrome como una respuesta laboral crónica acompañado por una subjetividad a nivel emocional, cogniciones y actitudes que provocan alteraciones psicofisiológicas, un déficit laboral para la organización y un experiencia emocionalmente agotable.

Aproximándonos a tiempos más cercanos podemos encontrar a Faber (2000), quien considera al burnout como un espejo que refleja el ambiente laboral en el que se desarrolla, ya que las competencias de un puesto; exige producir mejores resultados en menor tiempo y con el mínimo de recursos posibles. Faber también añade que se reflejan cuatro variables que explican la aparición y desarrollo del Burnout.

- ✓ Satisfacer las demandas de otros
- ✓ Máxima competitividad.
- ✓ Más obtención de dinero
- ✓ Percepción de ser despojado de algo que se merece.

Más adelante encontramos a Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), Estos autores hicieron una ampliación de la definición, explicando características entre ellas:

- ✓ Predominan más los síntomas conductuales o mentales que los físicos.
- ✓ Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna psicopatología.

- ✓ Se lo encasilla como un síndrome clínico- laboral.
- ✓ Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral acompañado de una sensación de baja autoestima.

A diferencia de los demás autores encontramos a Gil Monte, quien hace énfasis en el informe de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en el cual se expone que “los recursos humanos del sector de la salud son vitales para el funcionamiento, y así poder ofrecer una buena calidad del servicio”, para lo cual se recomienda cuidar y mantener en buen estado los recursos humanos, puesto que la organización depende de sus trabajadores. (Gil Monte, 2004).

Por otro lado, es considerado como una patología, desarrollada en el individuo conllevando a un desgaste psicológico aplicado al puesto de trabajo. Arauco indica que depende de la capacidad del individuo para afrontar situaciones de estrés en la vida cotidiana, Arauco (2008).

Al respecto Maslach (2009), determina ejes predominantes en el burnout, como lo es sentimientos de agotamiento emocional considerándolo como elemento básico y primario del burnout. Luego despersonalización y cinismo, manifestándose como respuesta negativa, el individuo demuestra insensibilidad y apatía a las responsabilidades laborales e insuficiente desempeño laboral. Finalmente baja realización personal, en la cual el individuo percibe subjetivamente una carencia de competencias organizacionales, ausencia de logros y productividad nula; las cuales se agravan con la ausencia de apoyo social y escasa oportunidad de un buen desempeño laboral.

Aproximándonos a fechas actuales el síndrome de burnout impide crear relaciones agradables entre compañeros de trabajo, especialmente en aquellos centros médicos donde la interacción personal juega un rol importante para el desenvolvimiento del profesional (Alcántara y Serrano, 2013).

En síntesis, actualmente el Síndrome de Burnout se aplica a diferentes áreas de desarrollo laboral o grupo de profesionales, acuñando que el síndrome es el resultado de experimentar estrés laboral y que aquellas estrategias de afrontamiento

no dan resultados ansiados. Este esfuerzo por afrontarlo es el que los lleva a experimentar síntomas físicos, psicológicos y cognitivos conllevando al desgaste y a decir “Estoy quemado por el trabajo”.

1.2 Desarrollo del síndrome de burnout

Para continuar con el proceso de indagación del tema del Burnout, a continuación se procederá a explicar el desarrollo y etapas, sintetizando de manera progresiva y sucesivamente las mismas, según los planteamientos de diferentes autores y/o profesionales – teóricos.

Tabla 1 Desarrollo y etapas del burnout

Autor	Año	Descripción de la etapa
Edelwich y Brodsky	1980	<p>Ambos autores mencionan cuatro etapas, estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entusiasmo, se manifiesta al inicio del puesto de trabajo con las expectativas del mismo. ✓ Estancamiento, el individuo incumple constantemente con las expectativas con las cual inicio. ✓ Frustración, experimentación del sentimiento de decepción por no alcanzar las expectativas plateadas. ✓ Apatía, ocasionada por la ausencia de recursos para afrontar el estrés.
Maslach Jackson	y 1981	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crecimiento de sentimiento de agotamiento emocional, lo experimenta cuando agota los recursos para enfrentar el estrés y no puede ofrecer lo mejor de sí. ✓ Presencia de actitudes y sentimientos negativos hacia los compañeros y clientes, este sentimiento se asocia a desgaste emocional. ✓ Auto-evaluación negativa relacionada al ambiente laboral, pensamiento de incapacidad para cumplir con sus obligaciones.
		El Síndrome de Burnout es un conjunto de signos negativos que afecta a todos los profesionales, según

<p>Golembiewski, Munzenrider y Carter. 1983</p>	<p>los tres autores las etapas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La despersonalización: sentimiento inicial, ante el estrés experimentado. ✓ Baja realización personal, experimenta una pérdida gradual de compromiso con el que inicio las funciones laborables. ✓ Cansancio Emocional: Se expresa con pensamientos negativos de sí mismo. <p>Se manifiesta de la siguiente manera:</p>
<p>Leiter y Maslach 1988</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El cansancio emocional: base fundamental del burnout, además experimenta cansancio y fatiga. ✓ La despersonalización, utilizada como una manera para afrontar ✓ Baja realización personal, la cual resulta de la incapacidad de afrontar eventos estresores provocados por el entorno laboral, proyectándolas hacia la persona misma.
<p>Farber 1991</p>	<p>Describe seis estadios sucesivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entusiasmo y dedicación al inicio de las funciones laborables. ✓ Respuesta de ira y frustración ante los estresores ✓ Ausencia de buena respuesta entre el esfuerzo y la recompensa. ✓ Abandono del compromiso en el trabajo. ✓ Aparición de síntomas físicos, cognitivos y emocionales, aumentando así la vulnerabilidad ✓ Agotamiento y descuido personal.
<p>Leiter 1993</p>	<p>Este autor afirma que su modelo guarda relación con el desarrollo teórico de Lazarus y Folkman.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El agotamiento es una respuesta del trabajador ante los estresores laborales. ✓ Cuando el agotamiento es crónico desarrolla actitudes de despersonalización. ✓ Los estresores laborales (falta de apoyo, ausencia de oportunidades) generan baja realización en el trabajo.

Lee y Ashforth	1993	Manifiestan que la despersonalización como la baja realización personal en el trabajo, son consecuencia de los sentimientos de agotamiento emocional.
Gil-Monte, Peirò y Valcarcel	1995	Inicia con sentimientos de baja realización personal. Posteriormente un alto agotamiento emocional Conllevando al desarrollo de actitudes de despersonalización.

Elaboración: Leydi Betty Peña Parraga

CAPITULO 2

CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BOURNOUT

2.1. Consecuencias del síndrome de burnout

En este capítulo se explica cómo el Síndrome provoca fuertes consecuencias que generalmente se evidencian en la salud del sujeto, exhibiendo así desde síntomas emocionales hasta somáticos, los cuales afectan directamente el desempeño del área en la que ejerce su profesión.

Generalizando los diferentes factores, la mayoría de las consecuencias del síndrome de Burnout son de carácter emocional, esto se manifiesta en los estudios basados en Maslach especificados en la definición operativa, en la que de 12 de los 22 ítems se refieren a la parte emocional del individuo.

En realidad, el padecimiento de Burnout sobrepasa a lo que se suele denominar cansancio habitual, el cual puede ser reparado con descanso, mientras que el burnout engloba padecimientos a nivel psicológicos, físicos, social y dentro del entorno de trabajo, conllevando a otros ámbitos como familiar y social.

2.1.1 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud

Cuando el individuo se expone a eventos estresores, mismos que lo conllevarán a deteriorar su salud, por lo cual repercutirá en su entorno laboral provocando alteraciones conductuales, absentismo laboral, abuso de sustancias, incremento de conductas violentas, acciones temerarias, ludopatía, disminución de la concentración, productividad y competencia (Firth y Britton, 1989).

De acuerdo con Gil-Monte (2003), manifiesta que las relaciones interpersonales dentro del lugar de trabajo, con pacientes y compañeros, se convierten en conflictivas y prolongadas aumentaran según el grado de sintomatología experimentada, por otra parte el individuo a nivel cognitivo, percibirá una ausencia de apoyo por directivos y/o compañeros, desencadenando conflictos interpersonales para con ellos.

Además se manifiesta que el idealismo y sentimientos altruistas llevan a los profesionales de la salud a relacionarse excesivamente en los problemas del paciente, conllevándolos a sentir culpa propios como ajenos por lo cual repercutirá

en sentimientos bajos y realización personal, aumentando así el agotamiento emocional Gil-Monte (2003).

También Maslach (2009) indica que el profesional comete frecuentemente más errores, declina su capacidad de solucionar problemas y mantiene constantes conflictos con colegas y pacientes.

En síntesis se determina que el profesional de la salud inicia experimentando irritabilidad, frustración, apatía, intranquilidad, pasando a síntomas somáticos, en los cuales se unen el agotamiento y la fatiga; los cuales lo conllevan a experimentar desde cefaleas hasta problemas de salud graves, provocando así el absentismo laboral, insatisfacción, consumo de alcohol u otras sustancias, perjudicando directamente el desempeño laboral.

2.1.2 Consecuencias en la salud en profesionales de la salud

En lo concerniente a las consecuencias que produce el síndrome de Burnout en la salud del individuo varios estudios indican que deteriora la salud mental y física de los trabajadores, relacionándose directamente con problemas cardiovasculares, como lo concluye el estudio de la Agencia Europea para la seguridad y salud en el trabajo (2002), indicado que el 16% de enfermedades cardiovasculares en hombres y el 22% en mujeres se relaciona directamente con el estrés laboral.

Por otra parte el individuo padece síntomas somáticos como; dolores de cabeza tensional, manos y pies fríos, dolor de espalda cuello y hombros, presión arterial alta, dolores estomacales, insomnio, fatiga ansiedad, dificultades sexuales, los cuales van desde síntomas considerados normales hasta producir cáncer.

2.1.3 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud

Las consecuencias del "Burnout" se extienden más allá del propio empleado y llegan a afectar a su familia, amigos y pareja, ya que al culminar la jornada de labores el individuo llega tenso a casa, agotado física y psicológicamente, con cuadros de irritación, cansado de escuchar y hablar sobre problemas de otras personas, incrementando así los problemas, culpando en ocasiones a problemas del trabajo

Por otro lado, la vida de la pareja sufre un enorme deterioro, siendo la responsable de un importante número de divorcios dentro a causa del trabajo (Cooke y Rousseau, 1984), ya que cuando el trabajo absorbe toda la energía, el individuo está menos preparado para ayudar a otros y sólo desea la soledad, que afecta directamente a los más cercanos, se siente incapaz de involucrarse con la familia, perciben agresión en los miembros familiares, quienes demandan atención.

Además, dado el grado de saturación que tienen del trabajo, tienden a no comentar datos referentes al mismo, por lo que el contacto se reduce. Comúnmente, traen trabajo a casa o tienen guardias que les obligan a pasar mucho tiempo implicados en el trabajo, desempeñando en numerosas ocasiones el rol profesional dentro del entorno familiar (Maslach, 1982).

Según diversos estudios las mujeres son más propensas a padecer el síndrome, que los hombres específicamente a lo concerniente al agotamiento emocional, por lo contrario los hombres son más proclives a la dimensión de despersonalización. (Maslach y Jackson, 1981).

Es de vital importancia conocer, aquellos antecedentes que nos permitan comprender la etiología del síndrome de Burnout, además su relación entre antecedentes y consecuencias, para lo cual nos enfocaremos en las indicaciones Gil-Montes y Peirò (1997), quienes nos esquematizan una explicación desde aspectos psicosociales, clasificados en cuatro teorías; teoría Socio cognitiva del yo, teoría del intercambio social, teoría organizacional y estructural.

CAPITULO 3

MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

3.1 Modelos explicativos del burnout

3.1.1 Modelos basados en la Teoría Socio Cognitiva del Yo

El modelo a detallar a continuación, están basados en teorías de Albert Bandura, quien explica la etiología del síndrome de Burnout y por lo tanto considera dos vertientes: a) la parte cognitiva del individuo influye en la percepción de lo que hacen, y por lo tanto son modificadas por el efecto de sus acciones, y por las observaciones que hacen los demás. b) La confianza del individuo en sí mismo determinará el logro de sus objetivos y la facilidad o dificultad para conseguirlos.

Por otra parte también tenemos autores como (Harrison 1983; Pines, 1993; Cherniss, 1993; Thompson, Page y Cooper 1993). Los cuales se basan en variables como autoeficacia, autoconfianza, motivación y auto-concepto las cuales son el núcleo para la explicación del síndrome.

3.1.2 Modelo de competencia de Harrison (1993)

Harrison (1993), asume que el eje principal de este modelo es la motivación, razón por la cual el individuo cuando inicia a trabajar en profesiones que demandan ayuda, están motivados a prestarla a los demás, caso contrario decrece cuando hay factores de barrera y por lo consiguiente los sentimientos de eficacia disminuyen, dificultando así el logro de sus objetivos es ahí donde se producen el síndrome de Burnout.

Además el autor indica que, es la motivación que determinará la eficacia del sujeto en el logro de sus objetivos en el trabajo, demostrando así que si hay una motivación elevada, y a esto se suma un entorno que demande ayuda, mayor será su eficacia laboral, por otra parte explica que este modelo es aplicable a sujetos que se han desarrollado expectativas elevadas sobre sus objetivos laborales, y experimentan que el altruismo no solo depende de la motivación sino de otros factores.

3.1.3 Modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993)

Este modelo demuestra que los sujetos inician el trabajo con una motivación elevada y si a esto se le suma un ambiente que facilite el desarrollo de sus objetivos o por el contrario experimenta factores que serán barreras, será ahí donde se determinará la eficacia del sujeto. Demostrando así, que al tener altos sentimientos de autoeficacia experimentará menos estrés y/o situaciones de amenaza, ya que el éxito y el logro de los objetivos aumentará la autoeficacia, por otra parte de no poder alcanzarlos el profesional experimentará; fracaso, baja motivación y autoeficacia, por lo consiguiente desencadenará el síndrome de Burnout.

3.1.4 Modelo de Pines (1993)

Este modelo manifiesta que aquellos profesionales con expectativas elevadas llegarán a experimentar Burnout, ya que al estar muy motivados o identificados con sus trabajos, al fracasar en el logro de los objetivos planteados, sentirán frustración y experimentarán que no realizan una contribución significativa a la vida, por lo contrario aquellos que mantienen una motivación baja al iniciar su trabajo, experimentarán estrés, depresión o fatiga, pero no Burnout, ya que este síndrome es provocado por la desilusión y el fracaso de no encontrar el sentido a la vida.

3.1.5 Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper

Estos autores atribuyen la etiología del síndrome a cuatro factores, las diferencias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia, las expectativas de éxito, y sentimientos de autoconfianza, dentro de estos factores tiene gran relevancia una variable; la autoconciencia, la cual va a regular los niveles de estrés experimentados durante la consecución de una tarea, pudiendo así utilizar estrategias de afrontamiento.

Además cuando un profesional tiene una autoconciencia intensa, acompañado de pesimismo, se inclina al retiro de todo esfuerzo que debe invertir para solucionar los conflictos.

3.2 Modelos elaborados de la teoría del intercambio social.

Este segundo grupo considera que el síndrome tiene su etiología, en la teoría de la equidad, manifestando que el burnout inicia cuando perciben una diferenciación entre el esfuerzo emanado y el escaso beneficio recibido, de esta manera experimentan dificultad para afrontar una situación.

3.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli 1993

Este modelo explica la etiología del síndrome de burnout, específicamente en el área de enfermería; la cual la divide en dos vertientes: a) los procesos de intercambio social con los pacientes y b) los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros, percibiendo así una creencia de ser catalogados como ineficientes.

En el caso de la primera vertiente el profesional, experimenta incertidumbre, percepción de la equidad la falta de control, al dar más y recibir poco. Por otra parte en la segunda se evidencia la aparición de afiliación social y comparación con los compañeros, motivo por el cual estos profesionales no buscan ayuda, de lo contrario evaden el apoyo de los mismos al sentirse etiquetados como incompetentes.

3.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy

Esta teoría emerge cuando el profesional siente amenaza o frustración de aquello que los motiva, a partir de ahí inicia el estrés, provocando que el profesional experimente inseguridad.

Además aquellos eventos estresores del entorno laboral amenazan los recursos del profesional, de esta manera maximiza la inseguridad a las habilidades que le podrían permitir alcanzar el éxito laboral, es por esto que los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de burnout pues conllevan a una ganancia de recursos.

3.3 Modelos de la teoría organizacional

Estos modelos se enfocan en el entorno laboral, enfatizándose en las variables o estresores (rol, clima, estructura, cultura y apoyo) y de las estrategias que el profesional utiliza para afrontar el contexto amenazante.

Así pues las causas de la aparición del síndrome dependerán de la percepción de la estructura organizacional, políticas empresariales y del apoyo social recibido.

3.3.1 Modelos de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter. (1988)

Golembiewski (1986), resalta las disfunciones de los procesos del rol y de la pobreza del mismo para desarrollar el síndrome, acompañado de la sobrecarga laboral.

Por otra parte este modelo se enfoca en la progresión de una secuencia iniciando por la despersonalización hasta el incremento de agotamiento emocional. Con la despersonalización que es la primera fase, la cual desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y la pobreza de rol, provocando pérdida de control, produciendo irritabilidad y disminuye la autoimagen positiva, luego viene la segunda fase, en la cual desarrolla estrategias que le permitirán afrontar el contexto laboral amenazante, las cuales pueden ser constructiva o que aquellas que permitirán aparecer el Burnout. Finalmente al experimentar una baja realización personal, producirá agotamiento emocional.

3.3.2 Modelo de Winnubst (1993)

Dentro de este modelo se analiza la estructura de la organización, basándose en la cultura de la misma, es decir que el burnout dependerá de la cultura en la cual se desenvuelva y adapte el individuo, además; aquí influye el apoyo social que dan los miembros de la cultura organizacional.

3.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Este modelo resalta que el síndrome se da en profesiones de perfil humanitario y que en eje principal es el agotamiento emocional, la despersonalización se la

considera una forma para afrontar el agotamiento y por lo consiguiente la baja realización responderá a la evaluación cognitiva que enfrenta el sujeto.

Por otra parte Cox y Cols (1993) manifiestan que el síndrome surge debido a estrategias inadecuadas de afrontamiento ante el estrés, acotando el término “salud organizacional”, la cual dependerá de la percepción del profesional.

3.4 Modelos de la teoría estructural modelo de Gil Monte

Gil Monte explica que el síndrome es producido por una inestabilidad en la capacidad de respuesta del sujeto ante lo requerido por el entorno, además lo considera como una respuesta al estrés laboral percibido, acompañado de una reevaluación cuando tales estrategias de afrontamientos no son las adecuadas.

CAPITULO 4

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT

4.1 Prevalencia del burnout

Desde la aparición del concepto del síndrome de burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) en los últimos treinta años, se han desarrollado en todo el mundo estudios sobre esta patología socio laboral.

Desde las primeras investigaciones que se centraron en profesionales de la salud y servicios humanos se ha pasado rápidamente a estudiar muestras poblacionales de educadores y otras profesiones. Enfocándonos a nivel de salud se llega a considerar como afección que influye en la disminución de la calidad de atención a los pacientes y la falta de compromiso en la práctica médica, por parte del personal de salud.

A continuación se expondrá varios estudios, que se han realizado en varias partes del mundo, en donde se ha evidenciado, bajo diferentes investigaciones elevados porcentajes de burnout.

4.1.1 América del norte

Según Maldonado Gianella Cecibel, indica que “Shanafelt, Gradishar, Kosty, Satele, Chew, Horn y Sloan (2014) realizaron un estudio en médicos estadounidenses donde se utilizó una muestra de 1117, dando como resultado: en agotamiento emocional presentaron 44.7%, en despersonalización el 45.9% y en realización Personal 80.4 %.”

Por otra parte, Aranda y cols. (2003), en una muestra de estudiantes de posgrado, hallaron, mediante los criterios del MBI, una prevalencia de 39.2% de agotamiento emocional, 37.3% de falta de realización personal en el trabajo y 9.8% de despersonalización.

En un estudio realizado en Colombia por Paredes y Sanabria (2008), quienes utilizaron una muestra de 138 residentes especialistas de medicina quirúrgica encontraron un 12.6%, presentando niveles altos de burnout.

4.1.2 Latinoamérica

4.1.2.1 Chile

Ramírez et al. (2010) en una muestra de 330 profesionales de la salud clínica en Alemana de Chile, fueron evaluadas médicos y dio como resultado un 7.6%; quienes presentaban grados variables de BO. Además un 24.3% presentaron altos grados de agotamiento emocional, 23% despersonalización y bajo grado de realización personal con un 25.6%, no encontraron mayor prevalencia de burnout según el sexo y la edad.

4.1.2.2 Perú

En Perú con una muestra de 54 profesionales entre médicos y enfermeros, observaron un prevalencia de burnout de 3.76% con altos niveles de cansancio emocional, despersonalización y niveles bajos de realización personal (Vásquez, Maruy y Verne, 2014).

Por otra parte Toledo (2016) encuestó a 56 profesionales de medicina, de los cuales el 48.2% fueron varones y 51.8% mujeres. La edad promedio fue de 38.1 ± 10.05 años. El 44.6% presentó agotamiento emocional alto, 76.7% despersonalización alta y 60.7% baja realización personal.

4.1.2.3 Colombia

Bedoya (2017) realizó un estudio descriptivo a 57 trabajadores asistenciales de un hospital colombiano, quienes presentaron niveles altos de agotamiento emocional, con predominio en el sexo femenino (83,3 %) y en las auxiliares de enfermería, en igual proporción.

Otro estudio utilizó 44 enfermeras dando como resultado 48% agotamiento emocional, 50% despersonalización y 55% baja realización personal. Valencia y García (2016).

4.1.3 Europa

En un estudio realizado en España por Navarro, Ayechu y Huarte (2014), quienes utilizaron una muestra de 178 profesionales de la salud pertenecientes a centro de salud de Navarra, el 39.3 % presentaron el síndrome de burnout, encontrando así asociación con las variables sexo, cantidad de pacientes atendidos, horas de trabajo; otro estudio utilizó a 200 profesionales de la salud determinó que la muestra presentó como resultado 21.7% para cansancio emocional, despersonalización 8.3% y realización personal 26.8%,

Otro estudio realizado en el 2007 en el personal sanitario residente en España encontraron una prevalencia de 14.9%, con más prevalencia en médicos de género masculino (Armand, Flichtentrei, Suñer, Prats, Braga 2007).

Por otra parte en Francia Chaput et al. (2015) evaluaron a 52 profesionales de medicina del área de cirugía, quienes presentaron elevados puntajes en despersonalización con 25%, agotamiento emocional 13.5% y realización personal con el 48.1%, porcentajes que indican prevalencia de burnout en el personal seleccionado.

En Madrid con un total de 593 profesionales entre médicos y enfermeros de unidades, centros y Organismos de medicina, existe presencia de burnout con niveles medios para agotamiento emocional con 23.16%, despersonalización 7.94 y realización personal 12.31%. Encuadrándose en un nivel medio de burnout. Cáceres (2006).

4.1.4 A nivel Nacional

A nivel nacional y de manera general, cabe destacar la investigación realizada por Ramírez (2015), aplicada a 24 provincias del Ecuador tomando como muestra una población de 2.404 profesionales de medicina y enfermería, obteniendo como resultado un 36.4% de prevalencia de burnout a nivel general, en relación a sus dimensiones: un 17.6% relacionado con el cansancio emocional, por otra parte el 13.6% se relaciona con la despersonalización y por último un 18.2% se relacionó con la baja realización personal.

Por otra parte con el objetivo de crear un panorama sobre el Burnout en Latinoamérica en personal sanitario hispanoamericano y español; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) realizaron una investigación utilizando como muestra a 11.530 profesionales de la salud, en la cual se obtuvo los siguientes resultados. España 14.9%, Argentina 14.4%, Uruguay 7.9%, posteriormente Perú, México y Colombia entre 2.5% y 5.9%, finalmente en Ecuador con un prevalencia de 4.0.

CAPITULO 5

VARIABLES ASOCIADAS AL SINDROME DE BURNOUT

5.1 Variables

El síndrome de burnout está ligado a variables físicas, sociales y psicológicas, para las cuales el entorno o condiciones en la cual se desenvuelve profesionalmente, influyen notablemente en la vida del individuo; externalizando actitudes negativas hacia sus pacientes y/o clientes de la salud, experimentando variables como presión, exceso de trabajo y turnos Gil- Monte (2001).

5.1.1 Género

Algunas investigaciones indican que se evidencia con mayoría el síndrome de Burnout en el género Masculino (Delgado, Figueredo, Sanabria y Vega 2010), (Caballero Martin, Bermejo, Nieto y Caballero Martínez 2001), por otra parte demuestran que es más evidente en el género femenino, debido a que las mujeres son responsables de varias actividades no solo laborables sino del hogar teniendo así una doble carga laboral (Arias y castro, 2013; Castillo, Orozco, Alvis 2015 y Cotito 2016).

5.1.2 Edad

A lo concerniente al síndrome de Burnout y la relación para con la edad del profesional, encontramos que cuando la edad es mayor, el burnout estará presente (Beltrán et al, 2011, carbballal, 2014).

También encontramos el otro límite de la variable la cual indica que a menor edad, mayor será el burnout, (Agudelo et al., 2013; Armand, Flichtentrei, Suñer, Prats, Braga 2007 ; Aveiga, 2014; Cherrez, 2015; Cotito, 2016;; Jara 2016; Sánchez 2014).

Por otro lado, se muestra en investigaciones que la edad se relaciona directamente con la dimensión de agotamiento emocional (Agudelo et al., 2013 Beltran et al, 2011; Ramírez et al., 2010; Sánchez, 2014).

Mientras que alguno autores no encuentran diferencias significativas con la edad del profesional, Arteaga-Romaní, Junes –Gonzales, y Navarrete – Saravia. (2014),

5.1.3 Remuneración

En relación a la remuneración las investigaciones indican que aquellos profesionales con remuneraciones deficientes, tienden a desarrollar el síndrome de burnout (Córdoba 2016; Sarria, Ferrer, Rodríguez y Estacholi, 2014).

5.1.4 Número de hijos

Según estudios indican que la variable número de hijos sirve como variable moduladora al síndrome de burnout; la cual se convierte como protectora del mismo. (Cebrià, et. al., 2014; López 2013; Paredes, Olga; Sanabria, Pablo, 2008).

5.1.5 Estado civil

Los estudios indican que los médicos casados reportan mayores porcentajes de burnout. Beltrán, Montero, Moreno y Sahùn. (2009), a diferencia de Moreno et al. (1996); quien manifiesta que aquellos profesionales solteros tienen mayor riesgo a experimentar el burnout, específicamente experimentan cansancio emocional.

5.2 Variables moduladoras

El síndrome de burnout se caracteriza por ser una respuesta al estrés laboral crónico, el cual conlleva a que el profesional experimente deficiencia emocional, actitudes y sentimiento negativos hacia pacientes, familiares y demás personas con las cuales se rodee (actitudes de despersonalización) y devaluación a nivel profesional.

Actualmente el síndrome de burnout se lo expone como el desgaste profesional causado por la interacción entre determinadas variables del entorno laboral y de las características de personalidad (Gil-Monte y Peiró, 1997; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa y Morante, 2005) y de variables tanto laborales como personales que influyen en el desarrollo del síndrome; pero por otra parte existen variables moduladoras relacionadas con los estresores laborales y las tres

dimensiones del burnout, estas variables se las considera protectoras del síndrome; las cuales actúan de forma activa ante la posible presencia del burnout. Entre ellas tenemos.

5.2.1 Personalidad positiva

Los estudios indican que dentro de la personalidad positiva, la más conocida es el constructo de la personalidad resistente desarrollado por Kobasa (1979), la cual indica que aquellos individuos con personalidad resistente se enfrentan de forma activa y comprometida a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes. La personalidad resistente está integrada por tres componentes: compromiso, control y reto.

Compromiso: Tendencia a desarrollar conductas personales que le permitan identificarse con lo que realiza y con el propio trabajo.

Control: Sensación del profesional de que puede influir en los acontecimientos, es decir intervenir en el curso de los hechos.

Reto: Percepción del sujeto de crear los estímulos estresantes en oportunidades de crecimiento.

De esta forma se ha encontrado que personas con personalidad resistente son menos propensas a desarrollar burnout y que el factor reto actúa como factor directo indirecto del burnout, actuando como modulador que reduce la posibilidad de padecer burnout Moreno, Morett, Rodríguez y Morante (2006).

5.2.2 Afrontamiento

La perspectiva transaccional de Lazarus y Folkman (1986) indica que no hay situaciones estresantes en sí mismas, sino que éstas dependen de la interpretación del individuo. Si, aquellos eventos se perciben como amenazantes o peligrosos para su bienestar, entonces se desencadena el estrés y frente a éste; el individuo debe responder de alguna manera. Para lo cual se utilizan estrategias de afrontamiento, las cuales se refieren a los modos de respuestas que tiene el profesional para

afrontar el problema, es decir el afrontamiento se lo define como un esfuerzo para enfrentar las situaciones estresantes dentro del entorno laboral.

5.2.2.1. Estrategias de afrontamiento

Según Carver (1997), existes 14 estrategias de afrontamiento, que ayudan a actuar ante situaciones difíciles, las cuales son:

- Afrontamiento activo: Incrementar las acciones realizadas por el profesional, con el objetivo de reducir el estrés.
- Apoyo Emocional: Conseguir empatía o apoyo emocional de amigos, familiares o demás cercanos.
- Planificación: Describe la forma como el individuo planea o plantea estrategias para llevar acabo el afrontamiento activo.
- Apoyo instrumental: Se enfoca en buscar la guía de segundas personas para poder sobrellevar la situación experimentada.
- Desahogo: Es la descarga o el alivio de sentimiento.
- Auto-distracción: Enfocarse en otras actividades o acciones ajenas al estresor.
- Reinterpretación Positiva: Encontrar el lado positivo al problema experimentado y percibirlo como una forma para mejorar. .
- Desconexión conductual: Abandono de los esfuerzo por sobrellevar el estrés.
- Negación: Oponerse a la realidad del problema.
- Aceptación: Aceptar que la situación experimentada le molesta y provoca malestar.
- Uso de sustancias: Utilizar medicamentos, alcohol u otras drogas para aliviar los efectos del estrés.
- Religión: Inclinación a actividades religiosa como apoyo.
- Humor: Reírse de la situación o hacer bromas del problema.
- Autoinculparse: Criticarse o culpase así mismo por lo que sucedió.

5.3 Apoyo social

Dentro de las investigaciones realizadas, el apoyo social es considerado un recurso relevante para poder enfrentar aquellos eventos estresores que impiden el desarrollo normal de la vida cotidiana del sujeto. Por lo consiguiente si este apoyo social es escaso o nulo el burnout eleva su porcentaje de aparición y contribuirá a la devaluación de la salud y el bienestar personal y social del profesional. Avendaño, Espinoza, Bustos, Garcia y Pierart (2009).

Este apoyo social se refiere a la red de aquellas personas que brindaran ayuda en momentos crónicos de estrés, además le permitirán satisfacer las necesidades básicas en el sujeto. Por otra parte como lo menciona Aranda y Moreno (2010), a través de la interacción con otros individuos y la accesibilidad al apoyo social elevara la satisfacción de necesidades sociales básicas como el afecto, estima aprobación, sentido de pertenencia, identidad y seguridad.

Además Barrón (1996), indica que el apoyo social contiene diferentes tipos de ayuda; las cuales se pueden brindar de forma material, emocional o informacional, emitiendo un consejo o sugerencia al profesional que padezca burnout.

CAPITULO 6

METODOLOGIA

6. METODOLOGÍA.

6.1 Objetivos.

Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras en instituciones públicas ubicadas en el centro de la ciudad de Machala durante el año 2017.

6.2. Objetivo específicos.

Establecer las variables sociodemográficas, laborales, moduladoras y sobretodo clínicas de los médicos/as y enfermeros/as de instituciones médicas publicadas en el centro de la ciudad de Machala.

Identificar las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil) a la presencia del burnout en médicos/as y enfermeros en instituciones públicas de la ciudad de Machala.

Determinar las dimensiones del síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as de instituciones públicas de la ciudad de Machala.

Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud de instituciones públicas de la ciudad de Machala.

Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud de instituciones públicas de la ciudad de Machala.

Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias.

6.3 Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de profesionales de la salud, médicos/as y enfermeros/as de instituciones públicas de la Ciudad de Machala?

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de instituciones públicas de la Ciudad de Machala?
- ¿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 en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de instituciones públicas de la Ciudad de Machala?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social?

6.4 Contexto

La presente investigación, se realizó a médicos/as y enfermeras/os de centros de salud pública, ubicadas en el centro de la ciudad de Machala Provincia del Oro, considerados sub-centros de salud; ya que brinda atención a personas aledañas al sector.

Estas entidades de salud pública brindan servicios científicos, humanos y tecnológicos a niños, adultos, personas de la tercera edad y mujeres embarazadas; cuenta con asistencia médica en consulta externa, medicina general, farmacia, laboratorio, pediatría, odontología, enfermería y psicología, quienes brindan atención a pacientes con problemas leves de personalidad y comportamiento. Por otra parte ofrece programas de prevención de enfermedades tanto físicos (desnutrición, alergias, malaria, tifoidea, dengue, etc.), como psicológicas (trastornos del comportamiento asociadas al consumo de sustancias).

Cuenta con profesionales capacitados y actualizados en cada una de sus ramas, quienes entregan su compromiso comunitario diariamente, el mismo que se ve reflejado en el desempeño del trabajo y la dedicación.

Es de vital importancia resaltar que se eligió como población al sector público, por la alta demanda de pacientes que atienden diariamente.

6.5 Diseño

El diseño metodológico empleado en la investigación fue, exploratorio:

6.5.1 Método exploratorio.

Nos permite tener un acercamiento al tema que se está investigando; permitiendo familiarizarnos, el cual no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analizando información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación (Hernández, 1994).

Cuantitativas: La información está basada en números estadísticos, es decir numérica.

No experimental: Los profesionales de la salud fueron observados en su ambiente real, sin la manipulación de las variables observadas.

Transaccional (transversal): Se analizó el nivel de las variables en un momento dado.

Descriptivo: Los temas seleccionados fueron utilizados para detallar la información en la investigación.

Exploratorio: Permite explorar un tema, antes no estudiado, el cual proporcionara conocimiento.

6.5.2 Muestra

La muestra objeto de estudio fueron profesionales de la salud, médicos/as y enfermeras/os que laboran en instituciones de salud pública ubicada en el centro de la ciudad de Machala, provincia del Oro.

Fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, recolectora de información a 50 profesionales de la salud (31 médicos y 9 enfermeros), de instituciones públicas del centro de la ciudad de Machala, provincia del Oro, de los cuales dos médicos y una enfermera no cumplieron con los criterios de inclusión.

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 el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina, no tener el tiempo de experiencia profesional requerido para la investigación, no firmar el consentimiento informado.

Muestra

	Médicos	Enfermeros
Muestra Invitada	31	9
Muestra real	29	8

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.

6.6. Procedimiento

Se procedió a emitir la solicitud institucional al jefe zonal de Salud de la ciudad de Machala, para la respectiva autorización. Una vez aprobada la solicitud se visitó a las instituciones médicas públicas para realizar un acercamiento y así explicar la temática, los instrumentos a utilizar y el tiempo estimado para la aplicación.

Obteniendo la aprobación por parte de los directores de las instituciones públicas, se coordinó el horario para la aplicación de los instrumentos psicológicos a utilizar en la investigación, por lo consiguiente se buscó a médicos/as y enfermeras dentro de los establecimientos, para darles a conocer la finalidad y el objetivo de la investigación, quienes aceptaban se les pidió que firmaran el consentimiento informado, posteriormente se procedió a la recolección de datos; los mismos que fueron aplicados de manera individual.

Al culminar la recolección de datos, se analizaron los instrumentos aplicados, descartando cuestionarios incompletos para finalmente ingresar los datos al programa estadístico SPSS-23, con la finalidad de determinar la prevalencia del burnout y sus tres dimensiones.

Para el análisis de los datos se trabajó con un estudio descriptivo y correlacional.

6.7. Instrumentos de investigación

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

6.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Enfocado en obtener información sociodemográficas (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).

6.7.2 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 Seis dedos (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 Seis dedos, 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).

6.7.3 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.

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

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

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

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

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

El cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005) es 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, los cuales son:

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

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

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

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

CAPITULO 7

RESULTADOS

7.1 Características sociodemográfica

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	12,0	41,4	2,0	25,0
Mujer	17,0	58,6	6,0	75,0
Edad				
<i>M</i>	37,9		36,5	
<i>DT</i>	9,0		12,2	
Max	56,0		57,0	
Min	26,0		25,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1,7		1,9	
<i>DT</i>	1,5		1,9	
Max	6,0		6,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	29,0	100,0	8,0	100,0
Blanco/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	9,0	31,0	4,0	50,0
Casado/a	15,0	51,7	3,0	37,5
Viudo/a	1,0	3,4	0,0	0,0
Divorciado/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Unión libre	4,0	13,8	1,0	12,5

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC
Elaborado por: Leydí Betty Peña Parraga

En relación a los datos obtenidos los/as médicos y enfermeras, se observan características sociodemográficas iniciando así, con la variable sexo con la cual se evidencia que el personal médico son el 41.4 % hombres y el 58.6 % mujeres, Por otra parte en profesionales de enfermería el 25% son hombres y el 75% mujeres.

Continuando así con la variable edad se observa que la edad promedio de las /los médicos es de 37.9 años; por lo contrario en las y los enfermeros es de 36.5 años.

En cuanto a la variable número de hijos en profesionales médicos el promedio es de 1.7 y en el personal de enfermería es de 1.9, por otra parte la variable etnia, prevalece la mestiza con 100% para ambos tipos de profesionales.

Se puede visualizar que en la variable estado civil en las y los médicos el 51.7% son casados y en enfermeros/as el 37.5%, por otra parte el 31% de médicos son solteros y en el caso de enfermeros/as el 50%, finalmente el 1.8% de médicos

mantienen una unión libre a diferencia de las/los enfermeros que mantienen un 12.5% en la misma categoría.

7.2 Características laborales

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	5,0	17,2	5,0	62,5
1001 a 2000	23,0	79,3	3,0	37,5
2001 a 3000	1,0	3,4	0,0	0,0
3001 a 4000	0,0	0,0	0,0	0,0
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	10,1		11,8	
<i>DT</i>	6,3		10,8	
Max	27,0		33,0	
Min	3,0		2,0	
Sector en el que trabaja				
Público	26,0	89,7	8,0	100,0
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	3,0	10,3	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	2,0	6,9	0,0	0,0
Ocasional	5,0	17,2	1,0	12,5
Plazo fijo	8,0	27,6	1,0	12,5
Nombramiento	4,0	13,8	4,0	50,0
Servicios profesionales	2,0	6,9	0,0	0,0
Ninguno	8,0	27,6	2,0	25,0
Horas trabajo/día				
<i>M</i>	8,4		8,8	
<i>DT</i>	1,2		1,5	
Max	12,0		12,0	
Min	8,0		8,0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	27,5		38,8	
<i>DT</i>	15,1		19,0	
Max	80,0		70,0	
Min	10,0		15,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	1,0	3,4	2,0	25,0
Mediadamente	23,0	79,3	5,0	62,5
Poco	4,0	13,8	1,0	12,5
Nada	1,0	3,4	0,0	0,0
Turnos				
Si	5,0	17,2	4,0	50,0
No	24,0	82,8	4,0	50,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Leydi Betty Peña Parraga

Posteriormente en la tabla N °2, en la cual se describe las características laborales, se aprecia que la remuneración salarial predominante en médicos fluctúa entre 1001 a 2000 dólares americanos con el porcentaje de 79.3%, a diferencia de los profesionales de enfermería, cuya remuneración predominante se encuentra en el rango de 0 a 1000 dólares con un 62.5%, Por el contrario los médicos dentro del mismo rango se manifiesta un 17.2% y en el rango de 1001 a 2000 los profesionales de enfermería se manifiesta un 37.5%.

En relación a la experiencia laboral, los médicos /as presentan un promedio de 10.1, con un mínimo de 3 y un máximo de 27 años de experiencia; a diferencias de los enfermeros/as cuya experiencia laboral fue de 11.8 con un mínimo de 2 y un máximo de 33 años.

El sector predominante en el cual se desenvuelven los profesionales es el público con un 89.7% para médicos y 100% para especialistas en enfermería, por otra parte un 10.3% de médicos se desenvuelven laboralmente en ambos sectores; públicos y privados.

En cuanto al tipo de contrato, se observa que en los médicos prevalece el contrato de plazo fijo con un 27.6%, seguido de ningún tipo de contrato con una igualdad de 27.6%; posteriormente los profesionales en enfermería, cuya categoría sobresaliente es la de nombramiento con un 50%, seguida de ningún tipo de contrato con un 25%.

Continuando con la variable horas de trabajo en médicos se observa un promedio de 8.4 con un máximo de 12 horas, por el contrario los/las enfermeras con 8.8 con un máximo de 12 horas laborales.

A continuación se detalla la variable números de pacientes atendidos, en el caso de médicos profesionales el promedio de pacientes atendidos es de 27.5, con un máximo de 80 y un mínimo de 10 pacientes diarios, por otra parte en las/los enfermeros un promedio de 38.8, con un máximo de 70 pacientes y un mínimo de 15.

Simultáneamente con la variable recursos institucionales los profesionales médicos manifestaron con un 79.3% que el establecimiento medico provee recursos medianamente al igual que en los profesionales en enfermería con un 62.5%.

Finalmente tenemos la categoría turnos ambos profesionales manifestaron que no realizan turnos con un 82.8% los médicos y 50% en profesionales de enfermería.

7.3 Dimensiones del burnout en profesionales de la salud.

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	20	69,0%	3	37,5%
	Medio	9	31,0%	2	25,0%
	Alto	0	0,0%	3	37,5%
Despersonalización	Bajo	21	72,4%	4	50,0%
	Medio	6	20,7%	1	12,5%
	Alto	2	6,9%	3	37,5%
Realización personal	Alto	18	62,1%	4	50,0%
	Medio	7	24,1%	2	25,0%
	Bajo'	4	13,8%	2	25,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Leydi Betty Peña Parraga

La siguiente tabla demuestra las dimensiones del burnout, empezando así con la dimensión de agotamiento emocional; en la cual los profesionales médicos obtuvieron un 69.0% bajo y 31.0% medio, por lo contrario en enfermeros/as hay una igualdad con un 37.5% en el nivel alto y bajo, para esta dimensión.

En lo referente a la dimensión de despersonalización en médicos se evidencia un 6.9% en nivel bajo y un 72.4 % alto, continuando con los profesionales de enfermería 50.0% bajo y 37.5% nivel alto.

Finalmente se puede evidenciar en la realización personal, los médicos obtuvieron 62.1% alto y 13.8 % bajo, en esta dimensión; en el caso de las/los enfermeros 50.0% alto y 25.0% bajo.

7.4 Casos de burnout en profesionales de la salud

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	29	100,0%	8	100,0%
	Presencia	0	0,0%	0	0,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Leydi Betty Peña Parraga

De acuerdo a los resultados obtenidos con la muestra seleccionada no se evidencia casos de burnout en ninguno de los dos tipos de profesionales de la salud, que fueron evaluados.

7.5 Malestar emocional de los profesionales de la salud.

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	26	89,7%	6	75,0%
	Caso	3	10,3%	2	25,0%
Ansiedad	No caso	26	89,7%	6	75,0%
	Caso	3	10,3%	2	25,0%
Disfunción social	No caso	29	100,0%	8	100,0%
	Caso	0	0,0%	0	0,0%
Depresión	No caso	29	100,0%	8	100,0%
	Caso	0	0,0%	0	0,0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)
Elaborado por: Leydi Betty Peña Parraga

En relación a la tabla N° 5, en la cual se observa el malestar emocional de los profesionales se determina que; en médicos un 10.3% presenta síntomas somáticos y en el caso de enfermeros/as un 25.0%.

Por otra parte tenemos la subescala de ansiedad, en la cual el personal médico presenta un 10.3% y en el personal de enfermería un 25.0%, posteriormente en difusión social no hay casos en esta subescala, al igual que en la subescala de depresión.

7. 6 Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

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	1,2	1,6	6,0	,0	2,6	2,7	6,0	,0
Afrontamiento activo	1,8	1,9	6,0	,0	2,1	2,1	5,0	,0
Negación	,2	,5	2,0	,0	1,3	2,1	5,0	,0
Uso de sustancias	,2	,6	3,0	,0	,6	1,8	5,0	,0
Apoyo emocional	1,5	2,2	6,0	,0	1,4	2,3	6,0	,0
Apoyo instrumental	1,6	2,0	6,0	,0	1,3	1,6	4,0	,0
Retirada de comportamiento	,6	1,2	6,0	,0	1,0	1,5	4,0	,0
Desahogo	1,0	1,3	5,0	,0	,9	1,5	4,0	,0
Replanteamiento positivo	1,9	2,2	6,0	,0	1,9	1,9	5,0	,0
Planificación	1,8	2,0	6,0	,0	1,8	2,2	6,0	,0
Humor	,4	,7	3,0	,0	1,0	1,8	5,0	,0
Aceptación	2,0	2,1	6,0	,0	2,4	2,1	5,0	,0
Religión	2,2	1,9	6,0	,0	1,9	2,1	5,0	,0
Culpa de sí mismo	,8	1,1	3,0	,0	,9	1,7	5,0	,0

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

Elaborado por: Leydi Betty Peña Parraga

A continuación se detalla las estrategias de afrontamiento que los profesionales de la salud utilizan; para lo cual se obtuvo los siguientes resultados:

Como primera estrategia se observa en el caso de los médicos la variable religión con un porcentaje de 2.2, seguido de aceptación con un 2.0 y el replanteamiento positivo con un 1.9.

Por otra parte en el caso de los profesionales de enfermería, prevalece la autodistracción con un 2.6, seguido de la aceptación con un 2.4 y el afrontamiento activo con 2.1.

7.7 Percepción de apoyo social en 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	90,6	16,5	100,0	30,0	80,3	20,6	100,0	42,5
Apoyo instrumental	91,7	13,6	100,0	40,0	75,0	21,9	90,0	40,0
Relaciones sociales	93,6	12,5	100,0	40,0	85,0	17,9	100,0	50,0
Amor y cariño	94,9	12,4	100,0	40,0	88,3	19,4	100,0	46,7

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Leydi Betty Peña Parraga

Para los médicos la percepción del apoyo social se evidencia puntaje mayor en amor y cariño con una media de 94.9 y el personal de enfermería con 88.3.

Posteriormente se percibe la escala de relaciones con un 93.6 para los médicos y 85.0 para profesionales de enfermería.

Por otra parte en la escala de apoyo instrumental con un 91.7 en médicos y en profesionales de enfermería con un 75.0.

Finalmente el apoyo emocional con una media de 90.6 para médicos y para profesionales de enfermería con una media de 80.3.

7.8 Rasgos de personalidad en los profesionales de la salud

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	1,4	1,7	5,0	,0	1,9	2,2	6,0	,0
Extroversión	3,9	1,7	6,0	1,0	4,4	1,7	6,0	1,0
Psicoticismo	1,4	1,2	5,0	,0	2,1	1,1	4,0	1,0

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

A continuación se observa la tabla 8, en la cual se especifica los rasgos de la personalidad; obteniendo así como resultados, que el rasgo más alto de la personalidad en los profesionales médicos es extroversión con una media de 3.9 y con 4.4 en profesionales de enfermería.

CAPITULO 8

DISCUSIÒN

El objetivo principal de este trabajo de investigación es identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones en médicos y enfermeras de instituciones públicas ubicadas en el centro de la ciudad de Machala, provincia del Oro durante el año 2017.

En referencia a las variables sociodemográficas como punto de inicio está el sexo, para lo cual en la muestra de médicos se observa una representación del 41.4% son hombres y el 58.6% mujeres, estos datos se relacionan con los encontrados en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2010), en donde se demuestra; que en el censo realizado a estudiantes de pregrado de la Universidad Central del Ecuador el 63.5% de mujeres optaron por estudiar medicina y de los hombres el 36.5% , cifras semejantes a la de la investigación.

En lo referente a los profesionales de enfermería se encontró 75% equivale a mujeres y el 25% hombres; datos que guardan relación con los mencionados anteriormente INEC (2010) con un 91.4% de mujeres se inclinaron por la profesión de enfermería superior al 8.6 % en hombres, estos datos demuestran que el sexo femenino es el que resalta en ambas profesiones, se puede acotar también que; actualmente la tasa de enfermeros /as ha aumentado en la provincia del Oro, de un 3.56% en el 2006 a un 11.41% al 2016 como lo demuestra el INEC en el Anuario de Recursos y Actividades de Salud (2016), demostrando así que la demanda de enfermeros aumenta considerablemente.

En cuanto a la edad se evidencia una media de 37.9 en médicos, por el contrario los profesionales en enfermería presentan un promedio de 36.5 años de edad, resultados que demuestran que la edad productiva de ambos profesionales se da a partir de los 30 años, datos relacionados con los resultados del (INEC) 2013, quien manifiesta que la edad productiva se da entre los 25 a 45 años de edad en ambas profesiones.

A continuación se observa la variable número de hijos, en el caso de los profesionales de medicina es de 1.7 y en el personal de enfermería de 1.9; datos cercanos a los encontrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC,

y Ministerio de Salud Pública MSP en ENSANUT (2012), demostrando así que el promedio es de dos hijos por familia ecuatoriana.

En relación a la etnia, la categoría mestiza prevalece tanto para médicos como para profesionales en enfermería con un 100%, datos cercanos a los encontrados en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC (2015), quienes atribuyen que la etnia mestiza es la más predominante en la provincia de Machala.

Posteriormente la variable estado civil, en los médicos resalta estar casados con el 51.7%, datos que discrepan con los encontrados por el INEC (2010) en la provincia del Oro; los cuales demuestran que el 29.1% de ciudadanos de la provincia están casados y por lo consiguiente difieren con los encontrados en esta investigación, Por otra parte en los profesionales de enfermería se evidencio una tendencia a estar soltero con el 50%, datos diferentes a los del INEC (2010), el cual indica que el 35.9% de la población de la Provincia del Oro son solteros, esta diferencia se da porque se trabajó con una muestra pequeña de profesionales en enfermería de la ciudad de Machala, Provincia del Oro.

Continuando así con las características laborables, los ingresos mensuales en el caso de los médicos fluctúa entre 1001 a 2000 dólares, equivalente al 79.3%, y en el caso de profesionales de enfermería va de 0 a 1000 dólares; demostrando así que ambas profesiones solventan la canasta básica familiar, la cual según el INEC (2017) en la provincia del Oro es de \$687.60. Por otra parte estos datos coinciden con los presentados en otro estudio Apolo Nathaly (2017) para lo cual los médicos tienen un salario de 1001 a 2000 dólares y los profesionales en enfermería de 0 a 1000; ambas investigación se realizaron en instituciones de carácter público, por tal motivo hay una igualdad en los valores e índices presentados.

Con respecto a la variable experiencia laboral en ambos profesionales se evidencia una experiencia mínima que va entre 2 y 3 años, datos que se relacionan con los encontrados en las investigaciones de Apolo, Blanca (2017), Jessica Landázuri (2011), Rodolfo y Santiago (1998-1999), estudios que indican que 3 años es la experiencia mínima de los profesionales. Por otra parte el tiempo máximo de experiencia laboral en médicos es de 27 años y en profesionales en enfermería de 33 años, datos que guardan una estrecha relación con los encontrados en la

investigación de Guerrero y Romero (2012), quienes manifiestan que el tiempo de experiencia máximo esta entre 20 a 40 años.

En cuanto al tipo de contrato en los profesionales de la salud prevalece el contrato a plazo fijo con un 27.6% en médicos y en profesionales en enfermería prevalece el contrato de nombramiento con el 50%, estos datos se relacionan con los encontrados en las investigaciones realizadas por (Herrera, Ortiz y Coronel, 2013; Aveiga, 2014; y Apolo 2017), quienes indican que los profesionales al momento de ejercer su profesión mantienen un contrato con la institución médica en la cual laboran.

Por otro lado la variable laboral horas de trabajo se aprecia como promedio en médicos de 8.4, y en profesionales de enfermería de 8.8; con un máximo de 12 horas para ambos profesionales, datos congruentes con los encontrados en el INEC (2016), en el Anuario de Recursos y Actividades de Salud; investigación que manifiesta que la mayor cantidad de horas laboradas por los médicos es de 8 horas en la provincia del Oro con un total de 793 médicos que laboran en ese horario.

Finalmente se evidencia la variable recursos institucionales, para lo cual la predominante en ambas muestras, es medianamente; en médicos con un 79.3% y en profesionales de enfermería 62.5%, datos relacionados con los encontrados en el INEC (2016), Anuario de Recursos y Actividades de Salud; en la cual se indica que los establecimientos médicos a nivel nacional en el 2016 han mejorado notablemente en referencia a equipos de diagnósticos, imagenología, laboratorio, esterilización, odontológicos y sus ambientes físicos.

Al respecto de las características clínicas se observa en el malestar emocional, representaciones significativas en las variables síntomas somáticos y ansiedad en ambos profesionales; similares a los encontrados en las investigaciones de Apolo (2017), Scahufeli y Enzmann, D. (1998), en los cuales se evidencia que de los malestares emocionales los sobresalientes en el personal médico se da en síntomas somáticos y la ansiedad.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la variables más utilizada por los médicos es la religión con un 2.2 y en el caso de los profesionales de enfermería la autodistracción con un 2.6, índices que demuestran que ambos profesionales utilizan

una estrategia de afrontamiento positiva, que le permiten utilizarla como agente de protección ante el burnout Cruz Valdez et al. (2010); y poder afrontar las circunstancias negativas que conllevan a padecer el síndrome, además las estrategias de afrontamiento les permiten adoptar medidas necesarias para evitar situaciones y/o eventos estresantes, aliviando así sus efectos permitiendo que el profesional programe los pasos para sobrellevar las situaciones estresantes, asumiendo la realidad de lo experimentado.

En relación a la percepción del apoyo social, los resultados indican que en ambos profesionales (médicos y enfermeras) prevalece la variable amor y cariño, la cual indica que los profesionales tratan de crear contextos saludables para su desarrollo profesional, ya que cuando este factor no es vidente facilita el desarrollo del trastorno Aranda, Pando, Pérez (2004).

Por lo consiguiente los rasgos de la personalidad en médicos y enfermeros prevalece la extroversión, rasgo que permite que los profesionales se sientan activos, optimistas y actúen de manera positiva en el contexto en el cual se desenvuelve o experimenten alguna adversidad Eysenck (1981).

Continuando con el siguiente objetivo específico el cual es, determinar las dimensiones del síndrome de Burnout en establecimientos médicos públicos de la ciudad de Machala; estos resultados indican que no hay presencia de burnout en ambas muestra seleccionada, estos resultados son similares a los encontrados en la investigación de Sánchez (2017) ,Guerrero y Romero (2013), quienes indican que los profesionales de medicina no cuenta con niveles críticos en sus dimensiones para determinar el síndrome de Burnout; por el contrario discrepan con los de Apolo (2017), Sinchire (2017) y Navarrete (2012), estudios en los cuales se evidencia prevalencia del burnout de un 11.1 % a 30.26%, casos que cumplen con los criterios para diagnosticar Burnout en la muestra seleccionada para las investigaciones. En esta investigación se observa que la gran mayoría de los médicos y enfermeros tienen varios años de experiencia, cumplen con las 8 horas laborables establecidos por el código de trabajo y no mantienen turnos, variables que en niveles críticos conllevan a que el personal a contraiga el síndrome, por lo cual las variables laborables no estarían asociadas al síndrome.

En cuanto a sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), se presenta lo siguiente: en el personal médico puntuaron bajo en la dimensión de agotamiento emocional con un 69.0% y despersonalización con un 72.4%, por otra parte se evidencia una alta realización personal con 62.1%, datos que se relacionan con la investigación de Sánchez Apolo (2017) y los de Guerrero y Romero (2012), quienes en una muestra de 62 médicos y 39 enfermeros de Solca de la ciudad de Machala obtuvieron puntajes bajos para agotamiento emocional con un 69.2% y despersonalización con un 74.%, por el contrario la realización personal puntuaron bajo 53.9% , relacionándose estos criterios para diagnosticar síndrome de Burnout; por el contrario discrepan con los de Apolo (2017), en la cual se indica que la muestra seleccionada cumple con los criterios para diagnosticar el síndrome de burnout.

En el caso de los profesionales de enfermería se observa niveles altos en agotamiento emocional con un porcentaje de 37.5%, despersonalización bajo con un 50.0% y realización personal alto con un 50.0%, datos que indican que los porcentajes de las dimensiones no cumplen con los valores para el diagnóstico del síndrome, resultados similares a los de Gallegos, Lizandro, Carpio y Agueda (2016).

CONCLUSIONES

Mediante los resultados obtenidos en esta investigación, podemos concluir lo siguiente:

- No se evidencia casos de burnout en ninguna de las dos muestras de profesionales médicos, ya que se observa niveles elevados de apoyo social los cuales actúan como variables moduladoras antes la posible presencia de la patología.
- En referencia a las características Sociodemográficos en profesionales médicos se evidencio una edad promedio de 37 y en enfermeros 36 años de edad, en ambos profesionales predominan el sexo femenino y entre 1 y 2 hijos, en ambos grupos predomina un salario de 1001 a 2000 dólares y en su mayoría laboran en el sector público.
- Por otra parte, en cuanto al malestar emocional en médicos y profesionales de enfermería se evidencia puntuaciones bajas pero significativas en síntomas somáticos y ansiedad, utilizan como estrategia de afrontamiento a la religión, aceptación y afrontamiento activo en el caso de los médicos y la auto-distracción con mayor incidencia, aceptación y afrontamiento activo en los profesionales de enfermería.
- En cuanto a la percepción de apoyo social en ambos profesionales prevalece el amor y cariño, seguida de relaciones sociales y apoyo instrumental; las cuales se convierten en variables protectoras o moduladoras ante la posible presencia del síndrome.
- Por otra parte el rasgo de personalidad predominante es extroversión en ambos profesionales que pueden ser considerada como factor protector o condicionante en la aparición del síndrome.

- Finalmente las variables laborales no están asociadas al padecimiento del síndrome de burnout, ya que en esta investigación no influyen en el desarrollo del mismo, puesto que las variables laborales actúan positivamente y no perjudican a los profesionales para que desarrollen el trastorno.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, Y a la no presencia de burnout en médicos y enfermeros de centros médicos públicos de la Ciudad de Machala Provincia del Oro, es necesario que se apliquen las siguientes recomendaciones, para las respectivas prevenciones o posibles casos a presentarse.

- Elaborar un plan de intervención, para prevenir futuros casos de burnout en el personal médico y de enfermería; el cual les permita desarrollar estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes que provoquen el síndrome.
- Realizar charlas a los médicos y enfermeros sobre el manejo adecuado del estrés, soluciones de conflictos, acciones para mejorar el autocontrol con la ayuda de psicólogos clínicos y organizacionales.
- Realizar otra investigación con respecto al síndrome de Burnout, en otros centros de salud pública de Machala, para verificar el porcentaje de burnout y contrastar los resultados con los de esta investigación, aplicando los instrumentos de evaluación en horarios disponibles de los profesionales ya que el tiempo límite los conlleva a responder de manera apresurada, además se sugiere que se mantenga en el anonimato la identidad del profesional ya que al ser instituciones públicas manifiestan una leve sospecha del mal uso de la información brindada en contra de su desarrollo profesional, causando esto inseguridad en los profesionales.
- Se recomienda implementar políticas que permitan que los profesionales consigan un equilibrio entre el horario de trabajo y el número de pacientes que deben atender, a fin de evitar que se experimente saturación emocional por el exceso de actividades y demás responsabilidades externas que desempeñan.
- Realizar prácticas de relajación y recreativa externas al entorno laboral, bajo la ayuda de un profesional de psicología, que le permitan a los profesionales

de medicina despejar sus ideas e interactuar con su entorno frente a situaciones estresantes en el diario laboral.

- Llevar a cabo capacitaciones a los profesionales, con el fin de conocer las diferentes estrategias de afrontamiento ante los problemas que se generan en el ejercicio profesional y las técnicas que pudieren utilizar.
- Reforzar el rasgo de personalidad extrovertido, fomentando el compañerismo, reuniones sociales periódicas para socializar sus experiencias en el contexto laboral compartido y así fortalecer los vínculos de amistad, confianza y apoyo compartido.
- Se recomienda que para futuros estudios se extienda la población a otras instituciones médicas tanto pública como privada, para que así la muestra sea más significativa, y así obtener resultados que generalicen el porcentaje de Burnout en la ciudad de Machala.
-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Alcántara, S.M., Serrano, M.D.L.P. (2013). Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios: el burnout como fenómenos emergentes. *Psicología y salud*, 19(2), 190-210.
- Aldrete, M.G., Navarro, C., González, R., Contreras, M.I., y Pérez. J., (2015). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. *Ciencia y salud Trab.* 34,35. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100007
- Alvarez G.E., y Fernandez R.L., (1991). El síndrome de "Burnout " o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 257-265.
- Antonia Mamani, Roxana Obando, Ana María Uribe, Maritza Vivanco (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. 51, 53,55.
- Apolo Apolo Nathaly Gisela (2017), Síndrome de Burnout y su relación con las variables laborables en el personal de salud es una institución pública de la ciudad de Machala 7,12.
- Apolo, N.G (2017) Síndrome De Burnout y su relación con las variables laborables en el personal de salud en una institución pública de la Ciudad de Machala. 38, 39, 40.
- Aranda, B.C., Moreno, P.M. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social, autoestima en agentes de tránsito, México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 510-522.
- Aranda C., Pando M., Pérez Reyes M., (2004) Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o Burnout. *Revista Universidad Veracruzana*, 14 (83-85).

- Arauco, G. (2008). Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado "Víctor Larco Herrera" (tesis de pregrado). Recuperada de: 200.62.146.130/bitstream/cybertesis/495/1/Arauco_pg.pdf
- Arias Gallegos, Walter Lizandro, Muñoz del Carpio Toia, Agueda, Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública [en línea]* 2016, 42.
- Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats y Florencia Braga. (2007). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Instituto de investigación Biomedica de Girona*, 225-227.
- Arteaga-Romaní, Junes –Gonzales, y Navarrete – Saravia. (2014). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud *Revista Médica Panacea*, 4, 40-45.
- Arturo Barraza Macías, Raymundo Carrasco Soto, Martha Graciela Arreola Corral (Enero del 2007), Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. *Universidad Pedagógica de Durango*.
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., Garcia, F., Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal de servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y enfermería*, 15 (2). 55-68.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Beltrán, C.A., Montero, B.Z., Moreno, M.P., Sahùn, J.E. (2009). Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborales en médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México. Pp 13-17.
- Burke, R.J. (1986). Correlates of psychological burnout phases among police officers *Human Relations*, 39, 487-502.

- Caballero Martín, F. Bermejo Fernández, R. Nieto Gómez y F. Caballero Martínez, (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Centros de Salud Torrelozanes y San Lorenzo de El Escorial (Madrid). 27, 316-317.
- Càceres. (2006). Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 75-98.
- Carver, C.S., (1997). You Want to measure coping but your protocol too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 90-100.
- Chaput, B., Bertheuil, N., Jacques, J., Smilevitch, D., Bekarar, F., Soler, P., y Grolleau, J. (2015). Professional burnout among plastic surgery residents: can it be prevented Outcomes of a national survey. *Annals of plastic*, 75, 2-10.
- Cebrià, A., Turconi, L., Bouchacourt, J., Medina, F., Riva, J., Y Castroman, P. (2014). Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en residentes de anestesia de Uruguay. *Anales de la Facultad de Medicina*, Universidad de la República, Uruguay, 1, 23-30.
- Cooke, R.A. y Rousseau, D.M. (1984). Stress and strain from family roles and work role expectation. *Journal of Applied Psychology*, 69, 252-260.
- Cordova, C. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en internos de medicina de la facultad de medicina humana de la universidad Ricardo Palma – 2015. (Tesis de grado). Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú. Recuperado de: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4031/1/Ortega_tm.pdf
- Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos (2003). “El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios”: Universidad de Almería, España. 144, 145.
- Cruz Valdés., Austria-F, Herrera L., Vázquez. J. Vega C., Salas. J., (2010), Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de

burnout “o de desgaste profesional” en tabajares de la salud. Neumal Cix Tórax, 69 (137-141). Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21447534010>>

Edelwich, J y Brodsky, A (1980). Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Profession. Nueva York. Human Sciences Press.

El síndrome de burnout: Evolución histórica en el contexto laboral Maicon Carlin y Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz – Universidad de León.

Eysenck, M.W.(1981). Learning, Memory and personality. In A model for personality. (170- 220). Springer Berlin Heidelberg.

Fernández, J.M.D., Clavero, F.H., Gutiérrez, M.D.C.V., Segura, I.P., Bagur, M.L. M., y Fernández, J.D. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. Atención Primaria, 44(1), 30-38.

Firth, H. y Britton, P. (1989). Burnout absence and turnover among British nursing staff. Journal of Occupational Psychology, 62(1), 20- 30.

Gil- Monte, P. (2001) El Síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de burnout). Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista psicológica científica .com, 3.

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.

GIL-MONTE, PEDRO R., Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de

Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2003.
De:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231318052004>>

Gil-Monte, Pedro R., Nuñez-Román, Eva Maria, Selva-Santoyo, Yago, Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales *Interamerican Journal of Psychology* [en línea] 2006, 40 (agosto): [Fecha de consulta: 30 de agosto de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440210>> ISSN 0034-9690

Guerrero A.P., Romero N.A. (2012). Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con las variables sociodemográficas en médicos y enfermeras de Solca Guayaquil, Loja, Machala y Zamora. 74, 75, 76, 77, 78, 79,83.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2010), Resultados del Censo Poblacional 2010. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2015) Hombres y mujeres del Ecuador en cifras III. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/mujeres-y-hombres-del-ecuador-en-cifras-iii-una-herramienta-para-la-toma-de-decisiones-en-la-politica-publica/>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2016) Hombres y mujeres del Ecuador en cifras III.

Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INEC, 2016) Anuario de Recursos y Actividades de salud. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-recursos-y-actividades-de-salud/>

J. Cebrià^{a,b}, J. Segura^b, S. Corbellà^b, P. Sos^b, O. Comas^b, M. García^b, C. Rodríguez^b, M.J. Pardo^a y J. Pérez^c (2001) Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia 42,43.

- José Carlos Mingote, Bernardo Moreno y Macarena Gálvez (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuesta de prevención. *Revisiones* 265, 266.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Landázuri J.P. (2011) Síndrome de Desgaste Profesional (burnout) en el Personal Médico y Enfermeras del Hospital Quito N° 1 Policía Nacional. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/3665>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. *Stress and cognition processes*. Barcelona.
- Lic. Marylin Bianchini Matamoros (1997). El Síndrome de Burnout en personal profesional de la salud.
- López, V., (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout (tesis doctoral). Madrid-España. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/21683/>
- Maicon Carlin, y Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz (2009). “El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo”. 169,170, 172.
- Martínez Pérez, Anabella (2010). “El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión”. *Vivat Academia*. nº 112. Septiembre. 2010. 19, 20,21.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A Multidimensional perspective. 19 -32.
- Maslach, C. 2009. Comprendiendo el burnout. *Ciencia y trabajo*, 10, 35-48.
- Maslach, C. y Schaufeli, W.B (1993) Historical and conceptual development of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional*

- burnout: Recent developments in theory and research (pp 1-15). Uk: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 96-116.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 50-5, 380-420.
- Ministerio de Salud Pública MSP en ENSANUT – ECU 2012, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- Montoya Z., Moreno M, Sara,(2012) Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement.
- Moreno, B., Oliver C, Aragonese A. Una forma específica de estrés laboral. En: Buela CG, Caballo VE. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI, p. 271-84 (1996).
- Moreno, J. B., Morett. N.N., Rodríguez, A. M., Eugenia, M. B. (2006) La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. Universidad Autónoma de Madrid. *Psicothema* 18, nº 3, 417-418. Recuperado de: www.psicothema.com
- Moreno, J. B., Rodríguez M. A., Garrosa, E., Morante, M.E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En M. Martínez, (Comp.): *Quemarse en el trabajo (burnout). 11 perspectivas del burnout* (pp. 161-182). Zaragoza: Egido Editorial, S.L.
- Navarro. D.G., Ayechu. D., Huarte. L. (2014), Prevalencia de Síndrome de Burnout y factores asociados en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Resumen. Recuperado: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359314001270>

- Paredes G., Olga L., Sanabria-Ferrand, Pablo A.(2008), Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales Revista Med, vol. 16, 25-32. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/910/91016105/>
- Pedro G. M. (2001, 25 de julio). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista PsicologíaCientífica.com, 3(5).
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). Burnout: from tedium to personal growth. New York: Free Press.
- Ramírez, A., Santibáñez, C., Muñoz, C., Ramírez, G., Lechner, V., Soto, P., Díaz, V., Nachar, R. (2008). Prevalencia y perfil del Síndrome de Burnout en el personal de salud de la Clínica Alemana de Puerto Varas. SALUD MENTAL PROFESIONAL BURNOUT- CHILE. Recuperado de: <file:///C:/Users/user/Downloads/INV%20Prevalencia.pdf>
- Ramírez, R. (2015). Burnout de profesionales de la salud del Ecuador (tesis doctoral). Santiago de Compostela, España. Recuperada de: https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/10347/14632/1/rep_1118.pdf
- Rodríguez, G. y Vernaza. C. (2012) Prevalencia del Síndrome de Burnout relacionado con la pérdida de interés por la actividad laboral en los profesionales de salud del " Hospital Divina providencia " del Cantón San Lorenzo, Provincia de Esmeralda. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/1269>
- Roger F. Á. (2011). "El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa". GEGESTI éxito empresarial N° 160, 2011. 2,3.

Sarria, J., Ferrer, J., Rodríguez, R., y Estacholi, C. (2014) Síndrome de Desgaste Profesional en médicos que atienden urgencias. Hospital Universitario Calixto García, 2010 -2012. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 11.

Scahufeli, W., Enzmann, D. (1998), The burnout companion to study and practice. A critical analysis. CRC press.

Toledo, E.D. (2016). Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud de la Clínica Maison de Sante de Lima. (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Valencia, M. D., García, L. A. (2016). Síndrome de Burnout en personal asistencial de un hospital de Manizales. Universidad Católica de Manizales. Recuperado de: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1512>

Vasquez, J.F., Maruy, A.S., Verne, E.M. (2014). Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista de Neuropsiquiatría. 77. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2031/0>

ANEXOS

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL:

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

.....

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

NOMBRE: _____

.....

FIRMA

Instrumentos aplicados a médicos y enfermeros



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.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

