



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en un hospital privado de la ciudad de Quito en el año 2017**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Almeida Albuja, Mónica Cecilia

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elena, Mgrt.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2018



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

*Septiembre, 2018*

## **APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Mgrt.

María Elena Vivanco Vivanco.

### **DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: El síndrome de Burnout en profesionales de la salud en un hospital privado de la ciudad de Quito, Ecuador realizado por Mónica Cecilia Almeida Albuja, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 8 de mayo del 2018

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Almeida Albuja Mónica Cecilia declaro ser autora del presente trabajo de titulación: El síndrome de Burnout en profesionales de la salud en un hospital privado de la ciudad de Quito, Ecuador, de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo Vivanco Vivanco María Elena 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.

Autor: Almeida Albuja Mónica Cecilia

Cédula: 170461242-1

## DEDICATORIA

Dedicado a mi padre, quien siempre estuvo a mí lado y creyó en mí.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios.

A mi familia y amigos por su apoyo.

Y a la institución que me abrió sus puertas para realizar esta investigación.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1. MARCO TEORICO.....	7
1.- CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT .....	8
2.- DESARROLLO DEL TÉRMINO .....	9
3.- DESARROLLO Y FASES DEL BURNOUT.....	14
4.- CONSECUENCIAS DEL BURNOUT .....	15
4.1.- CONSECUENCIAS EN LA SALUD EN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	16
4.2.- CONSECUENCIAS EN EL TRABAJO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. ....	17
4.3.- CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA EN PROFESIONALES DE LA SALUD. ....	18
5.- MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT .....	19
5.1.- MODELOS BASADOS DESDE LA TEORÍA SOCIOCOGNITIVA. ....	19
5.1.1.- <i>MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL DE HARRISON (1983)</i> . ....	20
5.1.2.- <i>MODELO DE AUTOEFICACIA DE CHERNISS (1993)</i> . ....	21
5.1.3.- <i>MODELO DE PINES (1993)</i> . ....	21
5.1.4.- <i>MODELO DE AUTOCONTROL DE THOMPSON, PAGE, COOPER (1993)</i> . ....	21
5.2.- MODELOS ELABORADOS DESDE LA TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL.....	22
5.2.1.- <i>MODELO DE COMPARACIÓN SOCIAL DE BUUNK Y SHAUFELI (1993)</i> .....	23
5.2.2.- <i>MODELO DE CONSERVACIÓN DE RECURSOS DE HOBFOLL Y FREDY (1993)</i> . ....	23
5.3.- MODELOS DESARROLLADOS DESDE LA TEORÍA ORGANIZACIONAL. ....	24
5.3.1.- <i>MODELO DE GOLEMBIEWSKY, MUNZENRIDER Y CARTER (1993)</i> . ....	24
5.3.2.- <i>MODELO DE WINNUBST (1993)</i> . ....	25
5.3.3.- <i>MODELO DE COX, KUK Y LEITER (1993)</i> . ....	27
5.4.- MODELOS SOBRE EL PROCESO DEL SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO.....	27
5.4.1.- <i>MODELO TRIDIMENSIONAL DE MBI-HSS (MALACH – JACKSON, 1981)</i> . ....	27
5.4.2.- <i>MODELO DE EDELWICH Y BRODSKY (1980)</i> . ....	29
5.4.3.- <i>MODELO DE PRICE Y MURPHY (1984)</i> . ....	29
5.5.- MODELO DE LA TEORÍA ESTRUCTURAL.....	30
5.5.1.- <i>MODELO DE GIL MONTE (2005)</i> . ....	30
6.- PREVALENCIA DEL BURNOUT.....	31
6.1 PREVALENCIA EN PROFESIONALES DE LA SALUD A NIVEL MUNDIAL. ....	31
6.2 <i>PREVALENCIA EN PROFESIONALES DE SALUD A NIVEL NACIONAL</i> . ....	32
7.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL BURNOUT.....	33
8.- VARIABLES ASOCIADAS AL BURNOUT .....	34
8.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. ....	35
8.2 VARIABLES LABORALES. ....	36
8.3 VARIABLES ASOCIADAS A LA PERSONALIDAD. ....	36
8.4 VARIABLES MODULADORAS ANTE SITUACIONES DE ESTRÉS.....	37

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	38
OBJETIVO GENERAL:.....	39
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	39
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN: .....	40
CONTEXTO:.....	40
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	41
MUESTRA:.....	42
PROCEDIMIENTO: .....	43
CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES AD-HOC. ....	43
INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MASLACH BURNOUT INVENTORY) (MBI-HSS).....	44
CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHQ-28); (GOLDBERG Y HILLIER, 1979; VERSIÓN ESPAÑOLA DE MUÑOZ, VÁZQUEZ-BAQUERO, RODRIGUEZ, PATRANA T VARO, 1979).....	45
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF- COPE). ....	45
CUESTIONARIO DE MOS DE APOYO SOCIAL. (MOS SOCIAL SUPPORT SURVEY; SHERBOURNE Y STEWART, 1991); VERSIÓN ESPAÑOLA REVILLA, LUNA DEL CASTILLO, BAILÓN Y MEDINA, 2005). .....	46
CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. EPQR-A; FRANCIS, BROWN Y PHILIPCHALK, 1992; VERSIÓN ESPAÑOLA DE SANDÍN, VALIENTE Y CHOROT, 1999). ....	47
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS .....	48
CAPÍTULO 4:DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	55
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES .....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	64
ANEXOS .....	69

## RESUMEN

El término Burnout lo utilizó por primera vez el psicólogo norteamericano Herbert Freudenberger en el año 1974, describiéndolo como la sensación de agotamiento o desgaste profesional. Es un estado de fatiga y frustración al que llegan las personas en el cumplimiento de sus labores profesionales.

Esta investigación está motivada por la falta de relevancia que tiene el tema en nuestro país. El propósito fue encontrar los rasgos característicos del síndrome en profesionales de la salud y en aportar información para estudios futuros. Para ello se aplicó diferentes instrumentos para la recolección de datos, tales como: cuestionario sociodemográfico y laboral, cuestionario de MBI, cuestionario (GHQ-28), cuestionario BRIEF-COPE, cuestionario de AS, cuestionario EPQR-A. La investigación fue realizada en un hospital privado de la ciudad de Quito. La muestra fue de 10 médicos y 10 enfermeras.

Después de analizar los datos obtenidos durante la investigación, se encontraron dos casos de burnout en los médicos participantes, los cuales representan el 20% de la muestra participante. Por lo que se debe priorizar la detección temprana del síndrome en los profesionales de la salud.

**PALABRAS CLAVES:** síndrome, burnout, profesionales, salud, inventario MBI, agotamiento, desgaste, despersonalización.

## ABSTRACT

The term “burnout” was used for the first time by the northamerican psychologist Herbert Freudenberger in 1974. He described it as a feeling of exhaustion or professional wear out. Is a state of fatigue and frustration that affects people while working.

This investigation is motivated by the lack of relevance of the burnout syndrome in our country. The purpose is to find the syndrome’s main characteristics in the healthcare professionals, and to share this information for future studies. Different measuring instruments were applied to achieve this: sociodemographic questionnaire, MBI questionnaire, (GHQ-28) questionnaire, BRIEF-COPE questionnaire, AS questionnaire, EPQR-A questionnaire. This investigation was made to the healthcare personal of private hospital in Quito city. The sample were 10 doctors and 10 nurses.

After analyzing the data collected during the research, two burnout cases were found on the healthcare professionals. This two cases represent a 20% of the total participants of this study. Because of this, early detection of the syndrome must be a priority on the healthcare professionals.

**KEY WORDS:** syndrome, burnout, professionals, healthcare, MBI, exhaustion, wear out, despersonalization.

## INTRODUCCIÓN

El término Burnout se empezó a utilizar a partir del año 1974 por el psicólogo norteamericano Herbert Freudenberger quien lo conceptualizó como la sensación de agotamiento o desgaste profesional, un estado de fatiga y frustración al que llegan las personas en el cumplimiento de sus actividades profesionales. A través de los años ha ido adquiriendo mayor fuerza e impacto debido a las graves repercusiones que se desencadenan en la vida laboral y organizacional de estos individuos y las instituciones en las que trabajan.

Estudios referentes al síndrome de Burnout a nivel mundial hacen hincapié en la importancia que tiene esta enfermedad tanto en el ámbito personal y laboral pues crean consecuencias negativas en la salud de los trabajadores. El estudio realizado por la Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones en España determinó de un total de 250 inmigrantes que el 29.6%, poseen escasa satisfacción laboral siendo un detonante para la aparición del Burnout (Moreno, Ríos, Canto, Martín y Perles, 2010).

En Alemania, según un estudio realizado por Kaschka, Korczark y Broich (2011), se determinó que el 12.5% de los empleados de una empresa, estaban abrumados en el trabajo. De igual forma en América Latina el burnout ha estado presente y ha ido incrementando considerablemente, por lo tanto, se ha convertido en una epidemia que ataca a los profesionales en un 5.9% y que desencadena alternaciones en el metabolismo y que afecta al ser humano (Díaz, 2016).

En Ecuador en el 2012 se determinó que el 67% del personal médico del Hospital Carlos Andrade Marín tenía estrés emocional y laboral por el exceso de jornadas que debían cumplir, un riesgo psicosocial que afecta la salud de los profesionales (Coello, 2016).

De esta manera, todos estos estudios expuestos demuestran que el síndrome burnout está en crecimiento que afecta a los profesionales que están expuestos a altos niveles de estrés.

La problemática radica en la prevalencia del síndrome burnout y el impacto que tiene en los profesionales de la salud, en el caso de un hospital privado de la ciudad de Quito. Hay que destacar que en el Ecuador no se han desarrollado políticas de prevención contra el Burnout, en este sentido se realiza un estudio de recopilación de información sobre la temática y se evidencia los casos que existen en el Hospital mencionado. La importancia de este estudio es que sea beneficioso para profesionales y especialistas quienes hagan uso de la información.

El desarrollo de la investigación alcanza los objetivos propuestos en función de la metodología planteada, el primer objetivo el cual permite identificar las características sociodemográficas y laborales de los médicos y enfermeras de un hospital en la ciudad de Quito, el total de participantes fue 52,63% médicos y 47,36% enfermeras. La edad promedio de los/as médicos es de 33,5 años, mientras que en las enfermeras es de 32,7 años; con respecto a las características laborales de los profesionales de la salud se observa que los ingresos salariales del personal médico, el 50% de los encuestados indican que su salario está entre los rangos desde 0 a 1000 dólares; el 50% restantes de médicos que aportaron en el estudio manifiestan que los ingresos que perciben están en una intervalo de 2000 a 5000 dólares, en la rama de enfermería, el 56% indican que sus ingresos oscilan entre 1000 a 2000 dólares.

En el segundo objetivo planteado, que se enfoca a determinar las dimensiones del burnout en el personal de médicos y enfermeras, tenemos la dimensión de agotamiento emocional en niveles altos en los médicos alcanza el 50% y las enfermeras el 22,2%; en la categoría de la despersonalización, los niveles altos se manifestaron en un 40% de los médicos y 11% de las enfermeras.

Para el cumplimiento del tercer objetivo, se identifica el malestar emocional en el personal de médicos y enfermeras, en este sentido los síntomas que más se presentan tanto en médicos como en enfermeras fueron los somáticos y de ansiedad. En la escala de síntomas somáticos, los médicos alcanzan un porcentaje del 50% y las enfermeras el 44,4%, en la escala de ansiedad los médicos tienen una puntuación del 60% y las enfermeras 57%.

En el cuarto objetivo, se analiza cuáles han sido los medios o modos de afrontamiento más utilizados en médicos y enfermeras para este síndrome, las respuestas que manifiestan los médicos es el replanteamiento positivo que alcanza el 2,90, aceptación el 3,20, la planificación el 2,40, afrontamiento activo el 2,30; mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son el afrontamiento activo 3,25, auto distracción 3,11, planificación 2,38.

Para cumplir con el quinto objetivo, referente al apoyo en el ámbito social utilizando las redes sociales, se demuestra que tanto el 78% en médicos y el 80,83% utilizan como herramienta de apoyo emocional; como herramienta de relacionarse socialmente lo usan el 75% de los médicos y el 86,67% de las enfermeras, en lo que tiene que ver a utilizar las redes sociales para relaciones sentimentales (amor y cariño), el 74% de los médicos y el 87,41% de las enfermeras lo describen como una forma positiva; finalmente el apoyo instrumental de las redes sociales para médicos es 68,50% y para enfermeras 87,41%.

Para el cumplimiento del sexto objetivo, se identifica que el rasgo de personalidad más alto es el de extroversión tanto en médicos y enfermeras, presentando una media de 4,60 en los médicos y 4,22 en enfermeras. Le sigue neocriticismo con 2,00 en médicos y 2,11 en enfermeras. Y finalmente el rasgo de psicoticismo en médicos con 1,70 y en enfermeras 1,75.

La metodología es de carácter exploratorio, el diseño de la investigación tiene características cuantitativas, no experimental, transaccional (transversal) y descriptivo y correlacional, la muestra se obtuvo del personal médico y de enfermeras de una institución privada de la ciudad de Quito, período 2017, a través de una solicitud presentada a los directivos de la institución, los instrumentos utilizados fueron: cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) (MBI-HSS), cuestionario de salud mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Baquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979), escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento(BRIEF-COPE), cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005), Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandin, Valiente y Chorot, 1999).

Este trabajo está dividido en cuatro capítulos con la finalidad de obtener una visión más amplia en cuanto al tema de estudio, estos son: marco teórico que consta de conceptos, teorías, métodos y temas relacionados al burnout información que han sido seleccionada y descrita para dar soporte a la investigación; posteriormente se desarrolla la metodología en donde se especifican los lineamientos de investigación y los instrumentos que se emplean para la recolección de la información; se concluye con el capítulo de discusión y resultado, en donde se presentan los datos obtenidos del estudio frente a la problemática expuesta.

Finalmente, exponen las conclusiones y recomendaciones obtenidas de la investigación.

En este contexto, la motivación para realizar esta investigación radica en identificar los rasgos característicos de este síndrome en los profesionales de salud, además de ser un aporte como fuente de información para diversos estudios realizados en un futuro.

Las limitaciones identificadas en el presente estudio, fueron la falta de colaboración de algunos profesionales de la salud que por temor de hablar del tema no compartieron sus experiencias con respecto al síndrome.

## **CAPITULO I**

### **MARCO TEORICO**

## **1.- Conceptualización del Burnout**

Se ha podido identificar que existe una extensa lista de autores e investigadores que han estudiado y profundizado en el tema del llamado síndrome de burnout o de estar quemado (en su traducción al español) y la mayoría coinciden en que se trata de un desarrollo paulatino con una evolución continua y acumulativa de una serie de factores físicos y emocionales, tales como: el cansancio, el desgaste, la fatiga, la desmotivación, el desinterés, la frustración, etc., que la persona siente y experimenta ante las cargas laborales que día a día se presentan en el lugar de trabajo, desbordando toda esta avalancha de emociones y sentimientos en una condición crítica de estrés crónico y cuyas consecuencias siempre serán negativas para el individuo tanto en su vida personal como en su ambiente laboral (Gil y Peiró, 1997).

Para mejor comprensión, el término del Burnout, se ha definido, para Tonon (2003), como una respuesta al estrés que cotidianamente se manifiesta en el campo laboral, principalmente en las profesiones de prestación de servicios.

Los autores Schaufei y Enzmann (2008) señalan que el Burnout es un estado mental que se presenta de forma negativa y está relacionado con el ambiente de trabajo, cuyas características son el agotamiento físico y mental, disminución de la motivación, actitudes disfuncionales laborales entre las principales.

Es decir, que un estilo de vida estresante pone a la gente bajo una presión extrema, hasta el punto de sentirse agotado, vacío, consumido e incapaz de sobrellevar la situación generando el síndrome de burnout (Balseiro, 2012).

De acuerdo a estos autores, se desprende que dentro de un análisis del síndrome hay una clara evidencia que se presenta en condiciones laborales de altos grados de estrés provocando un desgaste emocional y físico. Tomando en cuenta que este agotamiento persiste por el estrés a largo plazo, generalmente como resultado de un exceso de responsabilidades laborales o personales.

## 2.- Desarrollo del término

En la década de los años 70 cuando prácticamente se introduce el término en la sociedad, el Psicólogo norteamericano Freudenberger (1974) quien se interesa, profundiza e incluye el término burnout en el marco de la psicología laboral, a raíz de esta introducción surgen varios investigadores y autores que se interesan en la temática, a continuación, se describen algunos de ellos y sus conceptualizaciones al respecto.

Freudenberger explica que el síndrome de burnout es un efecto o sensación de sentirse fracasado, agotado y desgastado tanto en sus capacidades físicas como mentales y espirituales, debido a la fuerte demanda que la persona ejerce sobre sí misma para cumplir con las exigencias que el trabajo demanda y que a pesar de hacerlo con devoción y esmero siente que no obtiene una respuesta significativa (Buendía y Ramos, 2001).

En 1976 la psicóloga social Cristina Maslach describió al síndrome como el agotamiento profesional que sufren los individuos que se desempeñan en diferentes sectores enfocados al servicio de la comunidad, en especial en áreas sanitarias, escolares y sociales, en las que el trato y la conexión con las personas se vuelve muy cercana, observando una transformación continua y progresiva de la pérdida de interés en el cumplimiento de las responsabilidades tanto a nivel personal como laboral (Maslach y Jackson, 1996)

Autores como Pines y Kafry (1978) también se refieren al síndrome de burnout como una vivencia completa de desánimo, desaliento y agotamiento tanto a nivel físico, de susceptibilidad y comportamiento. Como complemento a estas conceptualizaciones se identificó lo mencionado por Spaniol y Caputo (1979 con se citó en Martínez, 2010) que lo definen como “la incapacidad que las personas tienen al momento de encarar y resolver sus obligaciones en el trabajo y en su vida personal” (p. 17).

Para la década de los 80 surgen autores que además de los argumentos presentados por los investigadores de los años 70 encuentran otras variables que afectan al individuo y lo hacen más sensible ante el síndrome, entre los que se encuentran los siguientes:

Edelwick y Brodsky (1990), en donde su concepto se basa en la disminución constante de fuerza, energía, emoción e ímpetu que el individuo experimenta cuando ve que todos los esfuerzos invertidos en alcanzar sus aspiraciones no han sido suficientes, debido a las circunstancias en las que se desarrolla el trabajo, en especial los profesionales que dedican todo su esfuerzo en las áreas de ayuda a la comunidad. Para lo cual desarrollaron cuatro fases por las que atraviesa una persona que sufre del síndrome: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

Los autores Pines, Aronson y Kafry (2008), coinciden con Edelwick y Brodsky (1990), en que el burnout es un desgaste físico, mental y emocional debido al exceso de atención e involucramiento en el trabajo, la entrega total y absoluta por parte del profesional de la salud para resolver situaciones que se pueden tornar extremadamente demandantes y difíciles (Moreno y Peñacoba, 1999).

Además, afirman que el síndrome se encuentra en otras áreas profesionales como: la política, el comercio, rangos altos de directivos en las organizaciones empresariales.

Por lo tanto, es importante que las condiciones laborales sean claras para que los colaboradores se desempeñen de manera profesional en pro de los objetivos establecidos por la organización, dándoles oportunidades de superación en los puestos de trabajo, permitiéndoles demostrarse a sí mismos y a su entorno que lo que hacen es valioso e importante. Que exista un reconocimiento laboral que trascenderá a su vida personal (Moreno y Peñacoba, 1999).

Por su parte Cherniss (1990), señala al trabajo como el detonante directo para que la persona desarrolle el síndrome de burnout, que se manifiesta como alteraciones negativas extremas a través del tiempo en el comportamiento del individuo, debido al fracaso que siente al desempeñarse en sus profesiones sin que vea resultados positivos y alentadores; se puntualiza tres momentos:

- 1.- Se produce un desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los verdaderos recursos con los que la persona cuenta para solventarlas.

2.- Cuando la persona fracasa en la ejecución de dichas demandas surge un comportamiento emocional de ansiedad, cansancio, desgaste, fatiga, agotamiento físico y mental, etc.

3.- Como resultado de lo anterior la persona adopta actitudes y comportamientos esquivos y defensivos.

Autores como Smith y Nelson (1983) al igual que Garden (1987) argumentan que debido a la dificultad del tema el exponer un concepto puntual del síndrome no es fácil, ni tampoco posible, que es anticipado dada su amplitud y ambigüedad.

Pese a lo mencionado anteriormente, Maslach y Jackson (1996) lo describieron como una contestación de quien padece altos niveles de agotamiento emocional, sentimientos desestimulantes y negativos hacia las personas con las que se relaciona laboralmente, ya sean estos compañeros o clientes, además de sufrir por sentimientos de desvalorización profesional. Enmarcando al burnout dentro de una estructura tridimensional detallada a continuación:

1.- Cansancio o agotamiento emocional.

2.- Despersonalización o deshumanización.

3.- Falta o disminución de realización personal.

Como consecuencia de esta tridimensionalidad nace el MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach y Jackson, 1981).

Ya en los años 90 y la década del 2000 algunos autores como Martínez (2010), o Gómez y Díaz (2016) que toman en cuenta dentro de este concepto a las organizaciones e instituciones laborales, la repercusión e influencia que éstas tienen en la actividad profesional del individuo, el rol que desempeñan al momento de ofrecer facilidades o impedimentos para un buen desenvolvimiento de sus actividades, que repercutirá en el desarrollo o no del síndrome.

Para lo cual investigadores como Hiscott y Connop (1990), describen el burnout como un síndrome que contiene serias dificultades de estrés presentes en el individuo con implicaciones directas en su desempeño laboral. Además Schaufeli y Buunk (1996) coincidieron al afirmar “que el burnout afecta no solo al individuo sino también a la institución en la que trabaja” (p. 28).

En este contexto el burnout se lo atribuye a una condición de desánimo, falta de interés y motivación con respecto a realizar las funciones laborales, no tiene en cuenta el cansancio, desgaste o fatiga que el trabajo puede producir en el individuo, se enfoca específicamente en factores relacionados con el entusiasmo que se debe poner al realizar un trabajo (Moreno, 1991).

En contraste, Leiter (1992) menciona que el burnout se produce gracias a la falta de capacidad que una persona tiene o más bien deja de tener para enfrentar una serie de situaciones demandantes y exigentes. En su conceptualización no interviene el estrés producido por el trabajo. Mientras que Burke y Richardsen (2006), lo plantean como una evolución que va dándose individualmente, es como poner en práctica dentro de un marco psicológico varias sensaciones, actitudes, razones, posibilidades, etc. y cuya sumatoria da un resultado negativo al usar estas prácticas, obteniendo como consecuencia de todo esto el surgimiento de problemas, desaliento y desinterés. Por su parte Rubio (2015), menciona que las personas se deprimen cuando sienten que todo su esfuerzo no ha valido la pena, se sienten fracasadas y con la autoestima deteriorada.

Según Gil-Monte y Peiró (2011) explican que el síndrome de quemarse por el trabajo “es una respuesta al estrés laboral crónico desarrollado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado” (p.77).

El investigador Mingote (1998), concuerda con Maslach y Jackson en ciertos factores que el burnout presenta y añade otros que se relacionan al área laboral:

- 1.- Dominan los signos disfóricos, en especial el agotamiento emocional.
- 2.- Presencia de alteraciones de conducta de tipo despersonalización.

- 3.- Manifestaciones físicas de cansancio, agotamiento, malestar general, o el apareamiento de adicciones en respuesta a comportamientos de ansiedad.
- 4.- Falta de adaptabilidad al trabajo.
- 5.- Disminución significativa del desempeño laboral, llegando al abandono del mismo.

Mientras que Peris (2002), define al síndrome de burnout como un trastorno que se produce y se desarrolla debido al exceso y desorganización del trabajo cognitivo, sin tomar en cuenta la capacidad física y mental del ser humano.

A diferencia de los anteriores conceptos, Fountoulakis, Kaprinis, y Kaprinis, (2003) mencionan que el concepto de burnout no es igual a los conceptos de estrés laboral, fatiga, alienación o depresión y tampoco es un sinónimo de éstos. Sino que está enmarcado básicamente dentro del ámbito de la salud.

Sin embargo, a partir del siglo 21 los conceptos han sido renovados y conectados directamente con el sistema laboral que cada profesional enfrenta, por lo que los investigadores se han ido adentrando y actualizando en este aspecto, es así que se pudo identificar los conceptos planteados por Maslach y Leiter (2008) quienes han enlazado al burnout con factores característicos del trabajo en los que destacan y enfatizan las grandes cantidades de trabajo, los problemas que surgen con respecto a la confusión en el desempeño del rol profesional, no existe casi previsión ni participación, escaso apoyo social, todo esto acompañado de sentimientos de injusticia, hacen que el trabajador se sienta desatendido e ignorado.

Forbes (2011), dice que hoy en día el síndrome de burnout es una enfermedad que está registrada en el índice internacional de la Organización Mundial de la Salud, y ha sido categorizado como uno de los problemas relacionados para enfrentar la vida. Además de estar vinculado directamente al deterioro que sufre el profesional. De esta manera se ha podido demostrar y evidenciar que actualmente se trata de un grave problema a nivel global.

De tal manera que se trata de un debilitamiento del sistema nervioso y que su detrimento daría paso a la aparición de síntomas depresivos que empieza lentamente y presenta

diferentes niveles de intensidad en la persona. Las manifestaciones más relevantes aparecen en el área cognitiva y física; dolores de cabeza, taquicardias, sensación de vacío, degradándose todo esto en cambios significativos de la conducta, ej. Excesivo consumo de tabaco, alcohol, café, etc.

### **3.- Desarrollo y fases del Burnout**

A continuación, se analiza el desarrollo y las fases que el síndrome de burnout presenta, de acuerdo a varios autores:

En este modelo los investigadores inician su aporte desde las puntuaciones dadas en las tres dimensiones obtenidas en el MBI (Maslach Burnout Inventory) y concluyen que; la despersonalización, escasa realización personal y el cansancio emocional son factores determinantes para el desarrollo del burnout, pero que estas tres dimensiones no influyen de igual manera en el desarrollo del síndrome (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983).

Leiter y Maslach (1988), mencionan que los estados de agotamiento y cansancio emocional conforman la estructura principal de este modelo, dando paso a la despersonalización y finalmente a los sentimientos de escasa realización personal, entre otras secuelas; como un incremento del absentismo, rotación, abandono, falta de responsabilidad en el desempeño del trabajo, etc.

Los autores proponen a los sentimientos de despersonalización como variables mediadoras entre el agotamiento y cansancio emocional y la escasa realización personal.

Leiter (1993) desarrollo nuevos trabajos, y se replantea la estructura del modelo del síndrome que presentó en años anteriores. Siendo el nuevo modelo el que contempla la relación establecida entre el cansancio emocional y la despersonalización, como una reacción del individuo ante los sentimientos de estrés que a medida aumentan y van presentando conductas de despersonalización como un modo de esquivarlos o afrontarlos.

La despersonalización ya no es una mediadora entre el agotamiento emocional y la poca realización personal, es consecuencia de los sentimientos de estrés laboral. Se ubica paralelamente con los sentimientos de cansancio emocional debido a los sentimientos de estrés que tiene la persona gracias a la poca realización personal, falta de apoyo y escasas oportunidades para crecer y desarrollarse en su profesión.

En este contexto, el autor no presenta ningún supuesto con respecto a alguna conexión entre la realización personal del profesional y sus conductas de despersonalización.

Los investigadores Lee y Ashforth (1993), mencionan que la despersonalización y la escasa realización personal en el ámbito laboral son un inevitable resultado del cansancio emocional que siente el individuo en el desarrollo de las actividades profesionales. Al igual que Leiter (1993) este modelo tampoco resalta a la despersonalización como intermediaria entre el cansancio emocional y la baja realización personal.

En el presente modelo los autores Gil, Peiró y Valcarcel (2005). Explican que cuando el sujeto se encuentra agobiado por el estrés laboral, surgen planes para abordar estos factores estresantes, empleando tácticas y estrategias de afrontamiento. Si estos planes o maniobras no funcionan entonces el individuo presentará sentimientos de fracaso profesional e interpersonal, este escenario dará paso al desarrollo de sentimientos como: baja realización personal en el trabajo y cansancio emocional, frente a este panorama se empiezan a manifestar sentimientos y actitudes de despersonalización como evidente señal de afrontamiento.

Según la teoría, las fases que presenta el síndrome están relacionadas con el agotamiento y cansancio emocional, cuya consecuencia es la despersonalización y escasa realización personal, provocando estrés que va aumentando de acuerdo a las circunstancias laborales

#### **4.- Consecuencias del Burnout**

Cuando se habla del síndrome de burnout se refiere a elevados niveles de estrés por los que la persona está atravesando, y son capaces de influir, deteriorar y afectar su

desenvolvimiento profesional. De tal manera que también se lo ha llamado síndrome de agotamiento por estrés y se dice que se agrava en relación directa con el avance tecnológico, con lo cual se produce ciertas consecuencias las mismas que se detallan a continuación:

#### **4.1.- Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.**

El aumento del estrés laboral en términos generales es una constante que ha ido creciendo significativamente en todas las áreas profesionales, pero en el área médica se evidencia claramente, las estadísticas apuntan a que el deterioro laboral en el ámbito médico se incrementa cada vez más.

Los investigadores señalan que las consecuencias que repercuten directamente en la salud física y psicológica del individuo son: el alcoholismo, el consumo de sustancias tóxicas, aparición de adicciones, depresión, problemas psiquiátricos, problemas cardiovasculares, falta de concentración, fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales, alteraciones respiratorias, alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, disfunciones sexuales, dolores musculares y articulares, ansiedad, estilos de vida nocivos, disfunción social, insomnio, irritabilidad, suicidio, hábitos alimenticios y otras afecciones graves son manifestadas en los profesionales de la salud, en número superior al resto de la población en general (González, 2015).

Es decir, estos profesionales no se encuentran libres de sufrir problemas de salud, y sus consecuencias, mismas que afectarán su salud integral, deteriorando la calidad de vida y capacidad para lograr efectividad en su práctica laboral, más bien serán inobjetables los efectos producidos en la calidad y cumplimiento.

Se calcula que un médico en ejercicio de sus funciones podría experimentar más de un episodio con problemas psicológicos y adicciones al alcohol, drogas o fármacos, a lo largo de su vida.

Aspectos como:

- El recurrente contacto con el dolor y la muerte.
- Ser responsable de la salud de otras personas.
- La relación que debe establecer con los pacientes y sus familiares.
- La presión asistencial
- La carga del trabajo
- Los turnos en el lugar de trabajo
- El constante enfrentamiento a diversas situaciones de emergencia
- La falta de promoción por parte de la organización.
- La falta de expectativas de ser promovido.
- La desigualdad en el trato.
- Los problemas con los superiores (González, 2015).

Frente a todo esto, los niveles de estrés se disparan inevitablemente, afectando su vida profesional, personal, organizacional y la calidad de trabajo desempeñado.

#### **4.2.- Consecuencias en el trabajo en los profesionales de la salud.**

Definitivamente la influencia que ejercen las condiciones de trabajo en las que se desenvuelve el profesional de la salud se observan en el resultado del servicio que las organizaciones sanitarias ofrecen, en su calidad y profesionalismo.

Comportamientos como: el absentismo, morbilidad, tasa de accidentalidad, conductas violentas, de riesgo elevado, baja productividad en el trabajo, deterioro de la calidad de servicio, pérdida de una actitud proactiva, pérdida en la capacidad de planificación, proyección y planteamiento en el establecimiento de metas laborales, mencionando que el individuo está atravesando por un serio problema del síndrome de burnout, y todo esto sumado a conductas de origen psicosocial que proyectan a los pacientes de la organización, pone en clara evidencia su presencia (Bacharach, 1990).

Es decir, se presenta como un instrumento para enfrentar, afrontar y escudarse ante las situaciones de estrés surgido por la vinculación que se establece entre el médico y el paciente y con la organización.

Uno de los problemas más severos que observan los profesionales de la salud tiene que ver con la institución en la que trabaja, ya que si ésta no cumple con los objetivos propuestos para su buen funcionamiento se convertirá en un factor determinante en la aparición del síndrome en estos individuos (Bacharach,1990).

Por lo tanto de acuerdo al análisis como de los distintos autores, las consecuencias van relacionada con el ambiente y condiciones de trabajo en la que cotidianamente laboran los trabajadores, si la Institución no tiene claro los objetivos y metas proyectadas en un determinado tiempo, los trabajadores empiezan a presentar este síndrome caracterizado por la baja productividad, pérdida de la proactividad entre las más importantes.

#### **4.3.- Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.**

El entorno familiar es uno de las piezas más importantes en la vida personal y laboral de los individuos, por lo tanto su capacidad de trascender puede incidir en el desarrollo de un gran número de síntomas del síndrome, llegando a alterar seriamente esta vida familiar y social.

Al no tener herramientas para afrontar este escenario, la persona empieza a aislarse, su capacidad afectiva va en detrimento, y utiliza estos métodos como mecanismos de defensa y protección (El Shaili, 2011).

Los problemas en el matrimonio, con la pareja, su familia, sus amigos, se incrementan ya que los niveles de comunicación disminuyen debido a la situación por la que atraviesa el sujeto. Todo el empeño, voluntad y determinación por realizar las labores hacia los demás, le demanda excesiva energía física y mental, los niveles de estrés aumentan, el individuo se encuentra en un estado crítico para afrontar problemas dentro de su entorno, una respuesta

a esta situación es el distanciamiento en su propia casa y con los suyos, se siente agotado, desgastado y considera a su familia como incapaz de entender su trabajo, situación y condiciones en las que se encuentra, lo que se refleja en sentimientos de soledad, incomprensión, aislamiento. Su familia no lo entiende y él no entiende a su familia, el trabajo nunca termina y su casa se convierte en una prolongación del mismo (El Shaili, 2011).

De esta manera según lo expresan los autores este síndrome también afecta al entorno familiar, las personas que lo padecen manifiestan un distanciamiento con los seres queridos, hay un agotamiento y cansancio físico y mental, ocasionando sentimientos de soledad.

## **5.- Modelos explicativos del burnout**

Alrededor de este tema han surgido una gran variedad de modelos que tratan de explicar la relevancia que ha adquirido a través de los años, de tal manera que es importante conocer más de cerca los planteamientos que cada modelo expone.

A continuación, se detallan algunos de estos Modelos Explicativos:

### **5.1.- Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.**

En la década de los años ochenta empiezan a desarrollarse una serie de modelos sociales que intentaron explicar el síndrome de burnout, uno de estos son los llamados Modelos Sociocognitivos del yo.

Sus particularidades están basadas en la autoeficacia según Cherniss (1993), autoconfianza (Harrison, 1983), autoconcepto (Pines, 1993), autoconciencia (Thompson et al., 1993), etc., es decir, la importancia otorgada a estas variables del self van a describir el desarrollo del síndrome.

Argumentando que el conocimiento influye en la forma de percibir la realidad, a su vez este conocimiento va evolucionando debido a los efectos y consecuencias que se observan. La dedicación que el individuo pone para lograr sus objetivos basado en la seguridad que tiene de sus capacidades, la manera de conseguir estos objetivos y los resultados emocionales de las acciones que lleva a cabo, están directamente definidas por la autoconfianza que tiene de sí mismo.

Varios de estos modelos se describen a continuación:

### ***5.1.1.- Modelo de competencia social de Harrison (1983).***

Este modelo resalta a la competencia y la eficacia. Explica que la mayor parte de los sujetos que inician los trabajos profesionales en áreas de servicio de ayuda a los demás se encuentran sumamente motivados para realizar la labor y tienen con un gran sentimiento altruista.

Cuando el sujeto se encuentra desempeñándose en el trabajo surgirán factores de ayuda o factores de barrera que, junto con la motivación definen la eficacia que muestra el sujeto para lograr los objetivos laborales.

Si los niveles de motivación son altos y se compaginan con factores de ayuda (buena capacitación profesional, objetivos realistas, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.) entonces se obtendrá resultados provechosos, ya que se incrementa la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Esta condición provocará en el sujeto sentimientos fortalecedores que incentivarán a la eficacia y a la motivación para una eficiente realización de las labores (Harrison, 1983).

Pero si el sujeto está en una situación en la que encuentra factores de barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, ambigüedad de rol, disponibilidad o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, disfunciones de rol, etc.) estas le dificultarán en alcanzar las metas laborales y por consiguiente los sentimientos de autoeficacia disminuirán, si esta condición se extiende en el tiempo puede darse inicio al síndrome.

### **5.1.2.- Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993).**

Para este autor la importancia está en la realización o no de las metas establecidas por el sujeto, si estas metas llegan a obtenerse con éxito, entonces aumenta la eficacia del sujeto, de lo contrario, el fracaso y frustración en lograr los objetivos darán como resultado una disminución de la autoeficacia y por ende la aparición de síndrome.

Las personas que cuentan con sentimientos de autoeficacia firmes, tienen menos posibilidades de desarrollar el síndrome ya que se muestran fuertes ante situaciones estresantes, afrontándolas exitosamente (Cherniss, 1993).

### **5.1.3.- Modelo de Pines (1993).**

Se desarrolla en los sujetos que se encuentran sumamente motivados por realizar el trabajo, el sentido de su existencia está en el trabajo a través de labores sociales y humanitarias. Cuando fracasa en alcanzar sus objetivos, sus expectativas se frustran y cree que su contribución en la vida no tiene validez. Se trata de un modelo netamente motivacional, en el que solo quien tiene elevados niveles de motivación y expectativa llegan a sufrir el síndrome. Quien tiene una baja motivación inicial puede presentar estrés, depresión, alienación y fatiga pero no experimentará la presencia del síndrome (Pines, 1993).

### **5.1.4.- Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper (1993).**

Thompson, Page y Cooper (1993) analizan cuatro variables para la descripción del síndrome:

- 1.- Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- 2.- El nivel de autoconciencia del sujeto, considerada como un rasgo de personalidad y entendida como su capacidad para autorregular sus niveles de estrés presentados en el desarrollo de una labor encaminada a lograr un objetivo.

- 3.- Las expectativas de éxito del sujeto.
- 4.- Los sentimientos de autoconfianza.

Cuando el individuo fracasa en los objetivos profesionales y tiene altos niveles de autoconciencia de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, sienten que su estado de ánimo se ve afectado negativamente, la confianza disminuye y experimenta bajos sentimientos de realización en el trabajo.

Los sujetos que tienen alta conciencia tienden a concentrarse en la experiencia de estrés, alcanzando niveles mayores de estrés que los sujetos que cuentan con una conciencia baja. Quienes poseen características de alta autoconciencia y pesimismo y no logran obtener los objetivos propuestos, se retiran de manera mental o conductual de la situación que les produce conflicto.

Los autores coinciden en que el síndrome se presenta cuando las Instituciones no han definido claramente sus objetivos, incluso los estándares de calidad han disminuido, por lo tanto, los trabajadores pierden poco a poco la motivación laboral, su proactividad, y su estado de ánimo va cambiando.

## **5.2.- Modelos elaborados desde la teoría del Intercambio Social.**

Estos modelos proponen los principios teóricos basados en la Teoría de la Equidad: Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli (1993) y también modelos basados en la Teoría de la Conservación de Recursos el Modelo de Hobfoll y Freddy (1993).

La propuesta dice que el síndrome de burnout surge cuando la persona crea relaciones interpersonales que activan un proceso de comparación social y a partir de esas comparaciones se pueden crear percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, es decir, cuando las personas sienten constantemente que entregan un gran esfuerzo e implicación personal en su labor y esta no es reconocida entonces el síndrome se activa.

### **5.2.1.- Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli (1993).**

Los autores plantean este modelo para explicar el síndrome en los profesionales de enfermería, y presentan tres variables que se relacionan directamente con el intercambio social y se basan en tres aspectos:

- 1.- La Incertidumbre. - que es la falta de claridad sobre lo que se piensa y siente y sobre cómo actuar.
- 2.- La percepción de equidad. - Se refiere al equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el curso de las relaciones.
- 3.- Falta de control. - Se refiere a la capacidad o posibilidad que tiene la persona para controlar el resultado de las relaciones laborales.

Frente a estas variables, los autores hablan de mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, explican que los profesionales no buscan apoyo social en el trabajo con los compañeros, quizás por miedo a ser criticados y calificados como incompetentes (Buunk y Shaufeli, 1993).

### **5.2.2.- Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993).**

Tiene su base en la Teoría de Conservación de Recursos producida por Hobfoll (1989), que trata de una teoría motivacional que argumenta la idea de que cuando la motivación en el trabajo de la persona se encuentra amenazada o en peligro le producirá estrés y consecuentemente la aparición del síndrome. Al perder los recursos dan inicio al desarrollo del síndrome, al utilizar estrategias activas de afrontamiento adquieren ganancia de recursos, debilitando de esta manera su aparición.

Señalan que una forma de prevención del síndrome es poner énfasis en cambiar positivamente las cogniciones y percepciones, desarrollando los recursos disponibles para obtener un desempeño más eficaz en el trabajo. Además de evitar la pérdida de recursos y más bien aumentar los que se poseen, las percepciones y cogniciones irán evolucionando y

cambiando de manera positiva, en consecuencia, bajarán los niveles de estrés y del síndrome.

La teoría también establece cuatro categorías esenciales de recursos: propósitos (capacidad interna de afrontamiento), condiciones, características personales, capacidad física (Hobfoll y Freedy, 1993).

Según los autores en este tipo de modelos, la importancia radica en la prevención para que el síndrome no se presente, para esto se pone énfasis en el cambio de cogniciones y percepciones en las Instituciones, cambiando a un desempeño de calidad evidenciando eficacia.

### **5.3.- Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.**

Son modelos cuyas propiedades se basan en la tarea que realizan los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores frente al síndrome.

A este planteamiento lo representan los siguientes modelos:

#### ***5.3.1.- Modelo de Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1993).***

Basado en las siguientes variables:

- Sobrecarga laboral.
- Pobreza de rol.
- Distanciamiento constructivo/contraproduktivo.
- Antecedentes situacionales e individuales.

Estos investigadores inician desde la conceptualización del síndrome de burnout que hace el MBI, con respecto a la despersonalización como primera fase del síndrome, luego viene la fase de falta de realización personal y finalmente el cansancio emocional.

El síndrome provoca que el ímpetu y la motivación que tenía el profesional al empezar las labores, se puedan perder como una respuesta al estrés y presión que siente cuando no obtiene una respuesta positiva a su esfuerzo.

El estrés se produce principalmente por condiciones de sobrecarga laboral y pobreza de rol que a su vez ocasionan sentimientos de pérdida de autonomía y de control, degenerando todo esto en una disminución de su autoimagen, sentimientos de irritabilidad y fatiga (Golembiewsky, Munzenrider y Carter, 1993).

En la primera fase la persona desarrolla mecanismos para alejarse y de esa manera afrontar la situación frente al contexto laboral. Este mecanismo puede tener dos aspectos: a) ser constructivo: cuando la persona no se involucra en el problema del paciente, sin eliminar la empatía, o b) ser contra productivo: cuando el alejamiento tiene indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, se ignora al paciente, es aquí cuando se hablará de síndrome de burnout ya que el alejamiento o distanciamiento contra productivo se correlaciona con la despersonalización, luego desarrollará una falta de realización personal llegando más tarde al cansancio emocional.

Un factor importante a considerar es que según estos autores, el síndrome se puede presentar en cualquier profesión ya sean directivos, vendedores y profesiones que no trabajan en servicios (Golembiewsky, Munzenrider y Carter, 1993).

### ***5.3.2.-Modelo de Winnubst (1993).***

Resalta la estructura, la cultura y el clima organizacional como puntos estratégicos. Además menciona que la cultura de la organización está definida por la estructura, por lo que los

antecedentes del síndrome van a alterarse dependiendo del tipo de cultura organizacional y de la institucionalidad del apoyo social.

El autor cree que el síndrome impacta a todo tipo de profesionales, explicando que los diferentes tipos de estructuras dan espacio a diferentes culturas organizacionales. En las burocracias mecánicas el síndrome es causado por el agotamiento emocional diario como consecuencia de la rutina, estandarización del trabajo, falta de control como producto de la monotonía, y por una falta de control derivado de la estructura.

En las burocracias profesionalizadas como por ejemplo en los hospitales, el desarrollo del síndrome se da por la restringida distensión o relajamiento de la estructura organizacional que provocará una confrontación continua con los demás miembros de la organización dando paso al surgimiento de disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

Los sistemas de apoyo social están directamente relacionados con el tipo de estructura. En la burocracia mecánica la jerarquía y la autoridad son muy importantes, la comunicación es vertical y el apoyo social es instrumental. En la burocracia profesionalizada importan más el trabajo en equipo y la dirección, los canales de comunicación son horizontales, y el apoyo social es emocional e informal (Winnubst, 1993).

El apoyo social es una variable principal en la repercusión del síndrome ya que afecta directamente al concepto que el trabajador se hace de la estructura organizacional a la que pertenece. Además, el modelo está basado en cuatro premisas:

- 1.- Todas las estructuras organizacionales cuentan con un sistema de apoyo social que se adapta a ese tipo de estructura.
- 2.- Los métodos de apoyo social se dan en interdependencia con el clima laboral.
- 3.- La estructura organizacional, la cultura y el apoyo social van encaminados dentro de estándares éticos, que son producto de valores sociales y culturales de la organización.
- 4.- Los estándares éticos permiten pronosticar si las organizaciones están provocando en sus colaboradores sentimientos de tensión y síndrome de burnout.

### **5.3.3.- Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).**

En este modelo los autores explican a través de una perspectiva transaccional del estrés laboral, en donde el síndrome solo se presenta en los profesionales de la salud, y que el agotamiento emocional es su parte medular. La despersonalización es un recurso para afrontar el agotamiento emocional.

Además, incluyen en el modelo variables que denominaron: “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional), “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad), y “salud de la organización” que se refiere a la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.) (Cox, Kuk y Leiter, 1993).

Para el análisis de este tipo de modelos y de acuerdo a la teoría, se basa en que el síndrome se presenta de acuerdo a las estructuras organizacionales de las Instituciones, tomando en cuenta el apoyo social, el clima laboral, la cultura ética de las Instituciones tomando en cuenta valores sociales y culturales.

## **5.4.- Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.**

### **5.4.1.- Modelo tridimensional de MBI-HSS (Malach – Jackson, 1981).**

La propuesta plantea que el inicio del síndrome se da por la presencia de tres variables:

- 1.- Agotamiento emocional.
- 2.- Despersonalización.
- 3.- Baja realización personal.

VARIABLES que sustentan el concepto que estas autoras presentan a partir de las investigaciones iniciales del síndrome y que se manifiestan en el individuo por la situación de sentirse agotado emocionalmente.

Este modelo entonces se construye en base a esta tridimensionalidad de características, teniendo como manifestaciones aspectos como: El agotamiento emocional que se convierte en el factor nuclear del síndrome, manifestaciones como un exagerado desgaste y cansancio emocional hacen que el profesional se sienta agotado física y mentalmente.

Despersonalización que incluye irreverencia y desvergüenza al realizar las actividades laborales, perdiendo el sentido de consideración y empatía hacia las personas que atiende.

Experimenta sentimientos de falta de realización personal y logro, por la actividad que está realizando, creer que no sirve de nada el esfuerzo y el interés accionado, ya que no ha sido reconocido de ninguna manera (Maslach y Jackson, 1981).

Además, desarrollaron el Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento compuesto de 22 ítems que evalúan en una escala de frecuencia de siete grados las 3 variables que determinan el síndrome:

- 1.- Agotamiento Emocional (AE)
- 2.- Despersonalización (DP) y
- 3.- Baja Realización Personal en el Trabajo (RPT).

El MBI se divide en tres subescalas: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems), Realización Personal (8 ítems). Y se los califica como bajas, medias y altas, dependiendo de las puntuaciones de corte establecidas por las creadoras del inventario (Maslach y Jackson, 1981).

#### **5.4.2.- Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).**

Aquí los autores analizan al síndrome como una evolución de síntomas de desilusión y desencanto que el individuo percibe al realizar la actividad profesional, esto le puede suceder en diferentes etapas de la vida laboral como también en diversos trabajos, como consecuencia de condiciones de trabajo inapropiadas.

Este modelo presenta cuatro etapas o fases para el desarrollo del Síndrome, las mismas que se detallan a continuación:

- 1.- Fase de entusiasmo o luna de miel. - etapa inicial en el que el sujeto se encuentra motivado y emocionado para entregar cada día más de sí mismo, todo está muy bien en el trabajo, los compañeros, el medio ambiente y la seguridad de que el trabajo puede satisfacer todas las necesidades.
- 2.- Fase de Estancamiento. - Pérdida del entusiasmo inicial, las expectativas no se están cumpliendo, los problemas se presentan y la sensación de que los logros profesionales no llegan. Es una fase realista y objetiva y se empieza el desgaste laboral.
- 3.- Fase de frustración. - Pérdida del entusiasmo, motivación y emoción por el desempeño profesional, cuestiona su eficiencia en el trabajo y su relación con los compañeros y superiores. Comportamientos de frustración y malestar hacia todo su entorno, manifestando problemas físicos y psicológicos.
- 4.- Apatía. - Etapa en que el síndrome es evidente. Surgen sentimientos de desesperanza, fracaso, vacío, pérdida de autoestima y autoconfianza. La visión hacia el futuro es negativa, se exteriorizan problemas de salud física y mental (Edelwich y Brodsky, 1980).

#### **5.4.3.- Modelo de Price y Murphy (1984).**

Describe la forma de adaptarse que tiene el síndrome con respecto al estrés laboral. La persona experimenta sentimientos de desilusión, decepción, frustración, sus beneficios

como trabajador se ven disminuidos, su aporte al ambiente laboral y profesional va en descenso.

Según la teoría este tipo de modelos han tomado en cuenta que el síndrome se manifiesta por la presencia de tres variables, el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal y es el agotamiento emocional que predomina como favor principal para la aparición del síndrome.

## **5.5.- Modelo de la Teoría Estructural.**

### ***5.5.1.- Modelo de Gil Monte (2005).***

Basado en el intercambio de las emociones y cogniciones que se manifiestan en los diversos ámbitos en los que la persona se desenvuelve.

Establece dos fases para el apareamiento del síndrome:

- Deterioro cognitivo que se refleja en la poca ilusión para realizar el trabajo, sufre de desilusión ante la profesión y por consiguiente una baja realización personal, desgaste físico y emocional. En desarrollo de comportamientos hostiles tanto hacia la organización como a las personas a quien atiende, se ha vuelto indiferente, distante, insensible y no muestran ningún sentimiento de culpabilidad.

- En esta fase el individuo ya presenta sentimientos evidentes de culpa, además de los descritos en la fase anterior (Gil-Monte, 2005).

El análisis de la teoría, indica que el deterioro cognitivo es factor importante para la presencia del síndrome, por consiguiente la manifestación en las personas es el desgaste físico y emocional.

## **6.- Prevalencia del Burnout**

De acuerdo a los estudios realizados a lo largo de las últimas décadas, tanto a nivel mundial como en el Ecuador, el estrés laboral supone un importante problema con un costo social y económico significativo. En Estados Unidos y Europa el estrés constituye un grave problema con consecuencias altamente dañinas.

Con lo que respecta al sector de servicios y en especial el sanitario y educación en el que la prevalencia del síndrome se manifiesta con amplitud, las consecuencias de esos riesgos psicosociales a los que se enfrentan estos sectores en particular, tienen niveles elevados y deben ser considerados importantes de tal manera que no se conviertan en un peligro y amenaza para la salud pública y educación de la colectividad, para lo cual es importante detallar lo siguiente:

### **6.1 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.**

Los médicos en muchos países del mundo están experimentando una gran frustración en la práctica de su profesión, ya sea por los recursos limitados, microgestión gubernamental o corporativa de la prestación de servicios de salud, informes sensacionalistas de errores médicos, conducta médica poco ética, o por diversos factores que enfrentan cada día. Además, los médicos se encuentran trabajando en un entorno o en roles para los cuales no fueron entrenados, ya que la prestación de servicios está cambiando de un modelo basado en la oficina a un modelo de salud basado en la población, en donde los médicos tienen que cumplir tareas administrativas, como tratar con eficacia los problemas de la fuerza de trabajo entre otros (Maticorena y Beas, 2016).

De tal manera que los profesionales de la salud están expuestos a altos niveles de estrés durante periodos prolongados, con lo cual empiezan a experimentar fatiga o despersonalización en el área de trabajo en donde se tiene actitudes negativas y empiezan a generar sentimientos impersonales hacia los clientes, lo que resulta en tratarlos como objetos.

Con lo cual se puede mencionar que el Burnout, se ha convertido en una amenaza para los profesionales de la salud como por ejemplo en los Países Bajos estudios realizados han determinado que un 58% de los individuos que trabajaban en el sector de la salud tienen problemas de salud mental diagnosticada en relación con el ejercicio de trabajo. Grosch y Olsen (2004), manifiestan que el síndrome de burnout está adquiriendo magnitudes epidémicas ya que en Estados Unidos y en algunos países Centroeuropeos están aumentando las demandas judiciales por parte de los trabajadores hacia las empresas por haber adquirido enfermedades originadas por el síndrome de burnout.

Además, en Alemania, estudios recientes manifiestan que el índice de prevalencia de esta problemática está aumentando rápidamente, por lo que plantean que el 12,5% de todos los empleados de la salud de ese país se sienten abrumados en sus puestos de trabajo.

En Latinoamérica el burnout aumentado a más del doble y actualmente hay entre 20 y 25% de los trabajadores en riesgo de padecer las consecuencias de las altas demandas del mundo laboral en transformación, según información obtenida de 700 empresas por el experto en salud laboral Traut (Díaz y Ingrid, 2016)

A nivel mundial según los análisis de varios autores, el síndrome de burnout se ha convertido en una enfermedad que afecta varios países, como por ejemplo en América Latina, que se ha duplicado los pacientes; aumentando también las demandas laborales por esta problemática.

## ***6.2 Prevalencia en profesionales de salud a nivel nacional.***

Según estudios realizados en hospitales públicos en el país para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos tratantes en donde participaron 308 médicos se pudo identificar una prevalencia de este síndrome en el 44% en médicos anestesiólogos, 44% para cirujanos generales, 40% en internistas-intensivistas y en médicos familiares un 60%. Además, se identificó una prevalencia de 3.19% en médicos intensivistas y en médicos que ejercen la práctica anestésica un 2.6% (Zumárraga y García, 2014).

Se puede observar que el síndrome de Burnout en el país también afecta bastante a los profesionales de la salud, ya que el ritmo de vida es muy intenso para cumplir con el compromiso de las labores. Ortega y López (2004) mencionan que “la profesión médica se enfrenta a tareas sumamente complejas, que implica afrontar circunstancias como la frustración de no cumplir con el objetivo característico de “curara a la gente” en casos excepcionales, horarios irregulares, sobre carga de trabajo” (p. 142).

En el Ecuador este síndrome afecta principalmente a los profesionales de la salud, el comportamiento del síndrome tiene la misma relevancia que a nivel mundial, es decir, la profesión médica tanto en el Ecuador como a nivel mundial tienen las mismas características laborales que permite que se desarrolle este síndrome.

## **7.- Importancia del estudio del Burnout**

Fernández y Zarate (2010) mencionan que es importante el estudio del burnout, ya que influye en las labores cotidianas afectando tanto a la persona que lo padece como a la empresa, de tal manera que cuando se puede detectar a tiempo este síndrome se puede tomar las acciones pertinentes, para que la persona no caiga en esta enfermedad.

De igual manera menciona Arias y Castro (2013) que el estudio de burnout tiene tal importancia ya que ayuda a conocer los tipos de repercusiones del síndrome tanto para el "individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio al generar cierto grado de hostilidad y resentimiento)" (p. 22). Ya que ambas repercusiones finalmente generan un impacto negativo en la salud de un país o región, por tal motivo se debe saber que hacer para que los individuos no contraigan el síndrome.

En las últimas décadas el estudio del síndrome de Burnout ha adquirido importancia relevante debido a los efectos que tiene a nivel individual con repercusiones a nivel organizacional. La situación laboral de los colaboradores como su calidad de vida se refleja en altos niveles de absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la

calidad, etc. siendo este último un factor peligroso ya que la baja calidad en la atención que se ofrece al usuario se ve reflejada en el grado de aprobación y acogida que tiene la organización (Carlin, 2014).

La autora del presente trabajo encuentra que la importancia del estudio de este síndrome en el área médica se debe a que, además de ser un proceso continuo que experimenta varias fases, quienes están afectados no tienen conciencia clara de que lo sufren, o peor aún llegan a negarlo, y en otros casos son mal afrontados, esto hace mucho más difícil el buscar ayuda y solución, escenarios como estos ponen de manifiesto un panorama poco alentador a nivel personal, y socio familiar, experimentando una baja calidad en el trabajo.

Así mismo, se ha encontrado que los niveles más altos del síndrome los mantiene el sector de la salud, estos profesionales presentan elevadas tasas de alcoholismo y adicción a drogas, conflictos matrimoniales, trastornos psicológicos, depresión, suicidio, etc.

## **8.- Variables asociadas al Burnout**

El autor Alves (2016) menciona que las variables asociadas al Burnout son "aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud" (p. 120), ya sea tanto física, social o psíquica de los empleados como también al desempeño de las labores.

Por su parte Ávila (2011) menciona que las variables asociadas al Burnout se las puede dividir en tres categorías, las mismas que están compuestas por las intrapersonales que son las variables propias de una persona (sentimientos, pensamientos, emociones, entre otros), las profesionales que es una variable intrínseca a la organización, las mismas que por sí solas generan situaciones aversivas y las interpersonales o ambientales que son variables que generan fricciones importantes pero no son laborales como los amigos, estilo de vida o familia, entre otros.

Existen variables de tipo individual, social, laboral y organizacional que influyen en el desarrollo del síndrome. Cambios organizacionales, técnicos, ocupacionales que el mundo laboral experimenta cada vez más y con mayor frecuencia, paralelamente a esto, los cambios socioeconómicos, demográficos, políticos y globalizadores han generado problemas negativos y determinantes en la salud de la población laboral con consecuencias graves en los niveles de estrés de los individuos, afectando así su salud física y mental (Uribe, 2014).

Todos los modelos desarrollados alrededor de este síndrome presentan variables determinantes que los sustentan, ya sean a nivel personal, profesional y social. Depende de la capacidad que tiene el individuo para afrontarlas y manejarlas. Además, el efecto positivo que producen las relaciones interpersonales y profesionales dentro de la organización en la que trabaja, y en su medio sociofamiliar lo ayudará para sentirse apoyado y motivado en el desempeño de su labor.

### **8.1 Variables Sociodemográficas.**

Las variables sociodemográficas de acuerdo a los autores Cubillo y Cordero (2012) son la edad, sexo y estado civil, de igual manera Sandoval, González, Sanhueza, Borjas y Odgers (2006), consideran como variables relevantes al estado civil, sexo, edad, años de antigüedad laboral y categoría profesional. Mientras que un estudio realizado por Ibáñez, López y Márquez (2012) consideran importante aspectos sociodemográficos como el número de hijos, la edad, estado civil, estrato socioeconómico.

Los autores hacen relevancia a las variables sociodemográficas como instrumentos para identificar el síndrome, por lo tanto la identificación de la edad, del género, estado civil, son características importantes para realizar un análisis preciso de este síndrome.

## **8.2 Variables Laborales.**

Entre las variables laborales Cubillo y Cordero (2012) manifiestan que se encuentran el número de años de experiencia, número de años en el cargo actual, la localización del centro de salud y el horario de trabajo. Mientras que Ramírez y Zurita (2010) menciona a más de lo manifestado por los anteriores autores las variables laborales que se debe tomar en cuenta la realización de guardias, el número de pacientes asignados, el número de pacientes diarios y el número de kilómetros totales diarios desde el domicilio habitual. Por su parte Christin (2014) considera que las variables es todo el entorno laboral que rodea el individuo desde los pacientes que atiende, el traslado del hogar al lugar de trabajo entre otros temas.

Las variables laborales, como indica el autor, son de importancia mayor puesto que permite identificar la situación laboral de los trabajadores, tomando en cuenta aspectos como el número de pacientes atendidos, la carga laboral, entre otras.

## **8.3 Variables asociadas a la personalidad.**

Sandoval (1993) considera que este tipo de variables es propio del individuo y hace referencia a los aspectos como los sentimientos, emociones, actitudes y pensamientos, por su parte Cubillo y Cordero (2012) considera como variables asociadas a la personalidad, la comunicación que tiene con las demás personas, sus comportamientos y la forma de actuar. Christin (2014) cree que la autoestima, los pensamientos irracionales, el neuroticismo y la falta de empatía son variables que pueden generar burnout.

Según los autores y la teoría identificada, este tipo de variables consideran la autoestima, los pensamientos irracionales, emociones, actitudes como factores para que los trabajadores puedan presentar el síndrome.

#### **8.4 Variables Moduladoras ante situaciones de estrés.**

Se puede considerar como variables moduladoras según Pearlin y Staff, (1995 con se citó en Mancero, 2013) al afrontamiento, ya sea de los problemas, de tipo cognitivo y de tipo emocional, siendo el primero el afrontamiento del estrés ya sean laborales, sociodemográficas entre otros. Por su parte Veintimilla y Endara (2016) consideran que hay dos variables moduladoras como el apoyo social y el afrontamiento, siendo el apoyo social todo lo referente al apoyo instrumental y el emocional.

Las variables moduladoras según los autores citados, tratan de afrontar el síndrome a través del apoyo social, emocional que permite identificar situaciones de estrés.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

**Objetivo general:**

Identificar la prevalencia del síndrome de burnout sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en médicos y enfermeras dun hospital privado de la ciudad de Quito durante el año 2017.

**Objetivos específicos:**

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los médicos y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Quito en el año 2017.
- Determinar las dimensiones del burnout en el personal de médicos y enfermeras de la institución privada en cuestión, durante el año 2017.
- Identificar el malestar emocional en el personal de médicos y enfermeras de dicha institución privada, durante el año 2017.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados en médicos y enfermeras de dicha institución privada, durante el año 2017.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos de trabajo en médicos y enfermeras de dicha institución privada, durante el año 2017.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales médicos y enfermeras de dicha institución privada, durante el año 2017.

### **Preguntas de investigación:**

1.- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del grupo de médicos y enfermeras de la institución privada ubicada al norte de la ciudad de Quito durante el año 2017?

2.- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras dentro de la institución investigada, durante el año 2017?

3.- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de burnout es la que presenta mayor grado de afectación en el personal de médicos y enfermeras investigado en esta institución, durante el año 2017?

4.- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de los médicos y enfermeras de la institución privada en la que se investigó dentro del período correspondiente al año 2017?

5.- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social utilizados por médicos y enfermeras de la institución privada en la que se investigó dentro del período correspondiente al año 2017?

### **Contexto:**

La investigación se realizó al personal médico y de enfermería perteneciente a una institución privada ubicada en el distrito metropolitano, zona norte, de la ciudad de Quito.

Se trata de una prestigiosa institución que se gestó en el año 1977 por un grupo de médicos prestigiosos y visionarios, y que desde sus inicios ha ido en constante crecimiento e

innovación, siempre a la vanguardia en lo que se refiere a personal médico, tecnología, equipos, procedimientos, etc. cuidando siempre de ofrecer la mejor atención en lo que a salud respecta.

Cuenta con una serie de servicios que incluyen: cobertura médica, unidades de atención, servicio de diagnóstico, apoyo terapéutico, chequeos médicos, clínicas especializadas, entre otros servicios.

### **Diseño de la investigación:**

El método utilizado en este contexto en particular es de tipo exploratorio, pues el objetivo es examinar si existe o no presencia del síndrome de burnout en la población investigada. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: **cuantitativa**, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, **no experimental** ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, **transaccional (transversal)** pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, **descriptivo** porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, exploratorio en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Con respecto al tipo de investigación esta es descriptiva-transversal ya que la recolección de datos se dio en un momento dado y describen la frecuencia con que se dieron.

**Muestra:**

Se utilizó como muestra para este estudio a un grupo de médicos y enfermeras que trabajan en una institución de salud privada ubicada en la ciudad de Quito.

La muestra fue no probabilística, de accesibilidad y accidental, se recolectó la información a 20 profesionales de la salud: 10 médicos/as y 10 enfermeras. En el proceso de depuración de los resultados se obtuvo como dato final 19 profesionales: 10 médicos/as y 9 enfermeras, que fueron los que cumplieron con los criterios para inclusión en la muestra.

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.

El presente estudio de ninguna manera presentó ningún riesgo a los participantes, garantizándoles total y absoluta confidencialidad de los datos personales entregados en la carta de consentimiento informado.

A continuación, se describen los criterios tomados en cuenta para la selección de la muestra:

**Criterios de Inclusión:** Ser profesional en el campo de la medicina y enfermería, encontrarse ejerciendo la profesión al momento de ser incluido en la muestra, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar el documento de consentimiento informado.

**Criterios de Exclusión:** No firmar el consentimiento informado, no tener el título que le avale como profesional médico y de enfermería.

## **Procedimiento:**

Esta investigación se realizó de la siguiente manera:

- Elaboración de la solicitud para pedir el correspondiente permiso y autorización para realizar la recolección de información en la institución de salud.
- Se realizó el acercamiento con el director de la institución a quien se le entregó la carta de solicitud y además se le informó los detalles del requerimiento, quien a su vez los remitió al director de talento humano, que finalmente fue la persona que confirmó la aceptación de la solicitud por parte de la institución de salud y estableció el horario en el que se aplicaría las baterías. Con ayuda del coordinador del hospital se procedió a buscar y solicitar la colaboración de los médicos y enfermeras en turno, se les explicó la finalidad de la investigación, y a quienes aceptaron participar se les pidió leer y firmar el consentimiento informado, a cada participante se le dio una explicación de los parámetros que incluyen las baterías.
- Finalizado el proceso de recolección de datos se procedió a la depuración de la información recopilada y se descartó los cuestionarios incompletos. El procesamiento de datos se lo hizo utilizando el SPSS-23 con datos descriptivos y correlaciones.

## **Instrumentos:**

A continuación, se describen los instrumentos que fueron utilizados en la recolección de la información:

**Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.**

Se trata de un instrumento diseñado para el proceso de investigación en el que se evalúan características como: sexo, edad, estado civil, salario mensual, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, experiencia laboral, número de pacientes, número de hijos, recursos institucionales, es decir es un cuestionario dirigido a obtener información sociodemográfica de los investigados.

### **Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) (MBI-HSS).**

En lo que respecta al inventario de Burnout de Maslach (MBI\_HSS) versión española de Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa las tres dimensiones del Burnout:

- a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo),
- b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral),
- c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo) este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

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

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

**Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Baquero, Rodríguez, Patrana t 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, dificultad para dormir.

Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.

Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

Esta escala multidimensional está compuesta 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: Centrar 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 afrontarlo.

Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.

Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por lo que se está pasando.

Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.

Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.

Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.

Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.

Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.

Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.

Religión: Refugio en espiritualidad.

Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

Este cuestionario tiene propiedades psicométricas con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada estrategia (Carver, 1997).

**Cuestionario de 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 subescalas enter 0.91 y 0.96. Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo

Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.

Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

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

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

**CAPITULO III**  
**ANÁLISIS DE DATOS**

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médicos		Enfermeros/as	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	4,0	40,0	0,0	0,0
Mujer	6,0	60,0	9,0	100,0
<b>Edad</b>				
<i>M</i>	33,5		32,7	
<i>DT</i>	5,4		5,5	
Max	43,0		40,0	
Min	29,0		25,0	
<b>Número de hijos/as</b>				
<i>M</i>	1,1		1,0	
<i>DT</i>	1,1		0,9	
Max	3,0		2,0	
Min	0,0		0,0	
<b>Etnia</b>				
Mestizo/a	8,0	80,0	9,0	100,0
Blanco/a	1,0	10,0	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	1,0	10,0	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Estado civil</b>				
Soltero/a	3,0	30,0	7,0	77,8
Casado/a	6,0	60,0	1,0	11,1
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Divorciado/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Unión libre	1,0	10,0	1,0	11,1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Mónica Almeida

En base a los datos obtenidos de la muestra del personal médico, se tuvo mayor aceptación por parte del personal femenino con el 60% y de hombres con el 40%. Con respecto al personal de enfermería se obtuvo que el 100% de la participación fue de mujeres. El total de participantes fue 52,63% médicos y 47,36% enfermeras. La edad promedio de los/as médicos es de 33,5 años, mientras que en las enfermeras es de 32,7 años.

El promedio del número de hijos del personal médico es de 1,1, mientras que en el personal de enfermería el promedio es de 1. La etnia que caracteriza a los dos grupos es la mestiza. En cuanto al estado civil el 60% de médicos son casados y el 78% de enfermeras son solteras.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médicos		Enfermeros/as	
	N	%	N	%
<b>Ingresos mensuales</b>				
0 a 1000	4,0	50,0	4,0	44,4
1001 a 2000	0,0	0,0	5,0	55,6
2001 a 3000	2,0	25,0	0,0	0,0
3001 a 4000	1,0	12,5	0,0	0,0
4001 a 5000	1,0	12,5	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Experiencia profesional</b>				
<i>M</i>	6,4		7,0	
<i>DT</i>	4,3		4,6	
Max	17,0		17,0	
Min	3,0		1,0	
<b>Sector en el que trabaja</b>				
Público	0,0	0,0	2,0	22,2
Privado	6,0	60,0	7,0	77,8
Ambos	4,0	40,0	0,0	0,0
<b>Tipo de contrato</b>				
Eventual	2,0	22,2	0,0	0,0
Ocasional	0,0	0,0	0,0	0,0
Plazo fijo	3,0	33,3	4,0	50,0
Nombramiento	4,0	44,4	4,0	50,0
Servicios profesionales	0,0	0,0	0,0	0,0
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Horas de trabajo/día</b>				
<i>M</i>	8,0		11,0	
<i>DT</i>	1,5		2,0	
Max	18,0		6,0	
Min	7,0		12,0	
<b>Nº de pacientes/día</b>				
<i>M</i>	14,9		10,5	
<i>DT</i>	7,8		5,8	
Max	30,0		20,0	
Min	4,0		3,0	
<b>Recursos Institucionales</b>				
Totalmente	8,0	88,9	7,0	87,5
Mediadamente	1,0	11,1	1,0	12,5
Poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Turnos</b>				
Si	10,0	100,0	9,0	100,0
No	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Mónica Almeida

Con respecto a las características laborales de los profesionales de la salud de la muestra, se observa que los ingresos salariales oscilan entre 0 a 1000 dólares en el personal médico en un 50%, mientras que para las enfermeras el ingreso oscila entre 1000 a 2000 dólares en un 56%.

La experiencia laboral en los médicos tiene una media de 6.4 años, en las enfermeras es de 7 años. El sector en el que trabajan es en el privado para la mayoría de los encuestados, siendo el 60% en médicos y 78% en enfermeras. El tipo de contrato que predominó en los

médicos es nombramiento, con el 45%; mientras que para las enfermeras el 50% es plazo fijo y 50% nombramiento.

La media en horas de trabajo para los médicos es de 8 horas, mientras que para las enfermeras es de 11 horas. El número promedio de pacientes que atienden los médicos diariamente es de 14,9, con una atención mínima de 4 y máxima de 30 pacientes, mientras que las enfermeras atienden un promedio de 10,5 pacientes con un mínimo de 3 y un máximo de 20 pacientes.

Con respecto a los recursos necesarios para la realización del trabajo, y de acuerdo a la tabla 2, la institución provee en un 89% al personal médico y al personal de enfermería un 88%.

**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	1	10,0%	3	33,3%
	Medio	4	40,0%	4	44,4%
	Alto	5	50,0%	2	22,2%
Despersonalización	Bajo	3	30,0%	2	22,2%
	Medio	3	30,0%	6	66,7%
	Alto	4	40,0%	1	11,1%
Realización personal	Alto	4	40,0%	2	22,2%
	Medio	3	30,0%	3	33,3%
	Bajo	3	30,0%	4	44,4%

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

En referencia a la tabla 3, según el Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos es de 50% y de enfermeras es de 22,2%. Dando como resultado un nivel alto. En despersonalización el 40% de los médicos obtuvieron un nivel alto, mientras que tan solo el 11% de las enfermeras alcanzó este nivel. La realización personal el 30% obtuvo el personal médico y el personal de enfermería alcanzó el 44,4%.

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	8	80,0%	9	100,0%
	Presencia	2	20,0%	0	0,0%

Fuente: Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)  
Elaborado por: Mónica Almeida

De acuerdo a los datos obtenidos en la aplicación del MBI se puede determinar que existen dos casos de burnout en los médicos participantes, lo cual representan 20% del total, mientras que la muestra del personal de enfermería no presenta ningún caso.

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	5	50,0%	5	55,6%
	Caso	5	50,0%	4	44,4%
Ansiedad	No caso	4	40,0%	4	44,4%
	Caso	6	60,0%	5	55,6%
Disfunción social	No caso	9	90,0%	9	100,0%
	Caso	1	10,0%	0	0,0%
Depresión	No caso	8	88,9%	9	100,0%
	Caso	1	11,1%	0	0,0%

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

Con respecto a la salud general, los síntomas que más se presentan en los dos grupos fueron los somáticos y de ansiedad. En la escala de síntomas somáticos los médicos alcanzan una puntuación del 50% y las enfermeras 44,4%, existen una diferencia de 6% entre grupos. En la escala de ansiedad los médicos tienen una puntuación del 60% y las enfermeras 57% observando una diferencia de 3% entre los dos grupos.

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	2,10	1,52	4,00	,00	3,11	1,96	6,00	,00
Afrontamiento activo	2,30	1,57	5,00	,00	3,25	1,04	5,00	2,00
Negación	,90	1,29	4,00	,00	,44	1,01	3,00	,00
Uso de sustancias	1,20	2,15	6,00	,00	,00	,00	,00	,00
Apoyo emocional	1,80	2,15	5,00	,00	,75	,89	2,00	,00
Apoyo instrumental	1,90	2,08	6,00	,00	1,63	2,07	6,00	,00
Retirada de comportamiento	1,50	1,43	4,00	,00	,63	,92	2,00	,00
Desahogo	1,90	1,73	5,00	,00	1,71	2,06	6,00	,00
Replanteamiento positivo	2,90	2,18	6,00	,00	2,11	1,96	6,00	,00
Planificación	2,40	2,12	6,00	,00	2,38	2,33	6,00	,00
Humor	1,89	2,09	6,00	,00	,38	,74	2,00	,00
Aceptación	3,20	2,20	6,00	,00	2,00	2,06	6,00	,00
Religión	2,00	2,40	6,00	,00	2,00	2,18	6,00	,00
Culpa de si mismo	1,70	1,89	6,00	,00	1,75	1,49	4,00	,00

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

Elaborado por: Mónica Almeida

En lo referente a la forma como afrontar el síntoma, se observa que las estrategias que tienen una media más alta en la muestra de los médicos son: replanteamiento positivo (2,90), aceptación (3,20), planificación (2,40), afrontamiento activo (2,30); mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: afrontamiento activo (3,25), auto distracción (3,11), planificación (2,38).

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	78,00	22,10	100,00	30,00	80,83	22,04	100,00	42,50
Apoyo instrumental	68,50	21,22	95,00	35,00	81,11	22,88	100,00	30,00
Relaciones sociales	75,00	25,39	100,00	20,00	86,67	19,20	100,00	50,00
Amor y cariño	74,00	28,71	100,00	20,00	87,41	17,14	100,00	53,33

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

Elaborado por: Mónica Almeida

De acuerdo con la tabla 7, que determina la percepción del apoyo social, se puede observar que la media más alta alcanza el apoyo emocional, en médicos 78%, y en enfermeras 80,83%. En segundo lugar, las relaciones sociales, para médicos con una media de 75%, para enfermeras es el 86,67%. Seguido del amor y cariño, para los médicos es el 74% y para enfermeras es 87,41%. Y finalmente el apoyo instrumental, para médicos es 68,50% y para enfermeras 87,41%.

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	2,00	1,63	5,00	,00	2,11	1,83	4,00	,00
Extroversión	4,60	2,37	6,00	,00	4,22	2,28	6,00	,00
Psicoticismo	1,70	1,57	4,00	,00	1,75	1,28	4,00	,00

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

Elaborado por: Mónica Almeida

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en los dos grupos, presentando una media de 4,60 en los médicos y 4,22 en enfermeras, le sigue neuroticismo con 2,00 en médicos y 2,11 en enfermeras. Y finalmente el rasgo de psicoticismo en médicos con 1,70 y en enfermeras 1,75.

**CAPITULO IV**  
**DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Con relación a las características sociodemográficas, en base a los datos obtenidos del personal médico, se tuvo mayor aceptación por parte del personal femenino con el 60% y de hombres con el 40%. Con respecto al personal de enfermería se obtuvo que el 100% de la participación fue de mujeres. El total de participantes fue 52,63% médicos y 47,36% enfermeras. La edad promedio de los/as médicos es de 33,5 años, mientras que en las enfermeras es de 32,7 años; datos que son equivalentes a los presentados en el estudio realizado por Zumarraga y García (2014), en hospitales públicos donde se pretendía determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos tratantes, donde participaron 308 médicos, se pudo identificar una prevalencia de este síndrome del 44% en médicos anesthesiólogos, 44% en cirujanos generales, 40% en internistas-intensivistas y en médicos familiares un 60%. Además, se identificó una prevalencia de 3.19% en médicos intensivistas y en médicos que ejercen la práctica anestésica un 2.6%.

El promedio del número de hijos del personal médico es de 1,1 mientras que en el personal de enfermería el promedio es de 1. La etnia que caracteriza a los dos grupos es la mestiza. En cuanto al estado civil el 60% de médicos son casados y el 78% de enfermeras son solteras; estos datos se relaciona con el estudio realizado por los autores Cubillo y Cordero (2006) que realizan un análisis como factores importante en la presencia del síndrome son la edad, sexo y estado civil; de igual manera Sandoval, González, Sanhueza, Borjas y Odgers (2006), consideran como variables relevantes para estudiar el síndrome de burnout el estado civil, sexo, edad, años de antigüedad laboral y categoría profesional. Mientras que un estudio realizado por Ibáñez, López y Márquez (2012) consideran importantes aspectos sociodemográficos como el número de hijos, la edad, estado civil y el estrato socioeconómico de las personas.

Con respecto a las características laborales de los profesionales de la salud se observa que los ingresos salariales del personal médico, el 50% de los encuestados indican que su salario está entre los rangos desde 0 a 1000 dólares; el 50% restantes de médicos que aportaron en el estudio manifiestan que los ingresos que perciben están en un intervalo de 2000 a 5000 dólares. En la rama de enfermería, el 56% indican que sus ingresos oscilan entre 1000 a 2000 dólares; estas cifras concuerdan con la información que reposa en el INEC a través de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR, 2012) la cual explica que para la zona urbana el ingreso salarial mensual es de \$1046.3.

Desde el punto de vista de la experiencia laboral, la media representa en los médicos 6.4 años, mientras que en las enfermeras es de 7 años. El sector en el que trabajan es en el privado para la mayoría de los encuestados, siendo el 60% en médicos y 78% en enfermeras. El tipo de contrato que predomina en los médicos es nombramiento, con el 45%; mientras que para las enfermeras el 50% es plazo fijo y 50% nombramiento. Es importante señalar que estos resultados difieren en lo que indica el Ministerio de Trabajo, (2017) que menciona que el 76% de los médicos/as y el 85.7% de las enfermeras trabajan en turnos, la media en horas de trabajo para los médicos es de 8 horas, mientras que para las enfermeras es de 11 horas. El número promedio de pacientes que atienden los médicos diariamente es de 14,9, con una atención mínima de 4 y máxima de 30 pacientes, mientras que las enfermeras atienden un promedio de 10,5 pacientes con un mínimo de 3 y un máximo de 20 pacientes.

En relación a las dimensiones del burnout en el personal de médicos y enfermeras de la institución investigada, los resultados indican que la dimensión de agotamiento emocional en niveles altos en los médicos alcanza el 50% y las enfermeras el 22,2%; en lo que respecta a la despersonalización, los niveles altos se manifiestan en un 40% de los médicos y 11% de las enfermeras. En baja realización personal el 30% se presenta en el personal médico y el personal de enfermería alcanza el 44,4%, estos datos son similares a los encontrados en el estudio realizado por Malach (2013), en el que se identifica que las dimensiones del agotamiento emocional son respuestas características de experimentar el cinismo o despersonalización, que se originan desde la presencia de sobrecarga laboral

Por lo tanto, de acuerdo a los datos obtenidos y a la teoría, si bien es cierto para que se presente el síndrome de burnout, se debe presentar tres variables, alto agotamiento emocional, alta despersonalización y bajo desarrollo emocional; es el agotamiento emocional la principal causa para que se visibilice el síndrome de burnout en el personal médico de un hospital; por respuesta a sobre cargas laborales, incluso la cinismo o la despersonalización.

De acuerdo a los datos obtenidos en la aplicación del MBI se determina que existe presencia del síndrome en el 20% de los médicos encuestados y no existe presencia del síndrome en el personal de enfermería; estos datos se comparan con los estudios realizados que confirman las tres dimensiones encontradas por Maslach y Jackson (2013),

agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y sensación de ineficacia y falta de logros en el cual los encuestados manifiestan que se encuentran cansados, “quemados” por su trabajo.

En este sentido los resultados demuestran que, el síndrome afecta a profesionales de la salud, pero en mayor relevancia a los médicos ya que están expuestos a más presión y estrés.

Para analizar el tercer objetivo de la investigación que identifica el malestar emocional en el personal de médicos y enfermeras de dicha institución privada, los resultados obtenidos indicaron que los síntomas que más se presentan tanto en médicos como en enfermeras fueron los somáticos y de ansiedad. En la escala de síntomas somáticos, los médicos alcanzan un porcentaje del 50% y las enfermeras el 44,4%, mientras que en la escala de ansiedad los médicos tienen una puntuación del 60% y las enfermeras 57% observando una diferencia de 3% entre los dos grupos. Cabe señalar que estos resultados son coherentes de acuerdo a un estudio realizado por la Universidad de Valladolid (2014) en el Hospital Rio Ortega, este estudio determinó que el 42% de los encuestados manifiesta niveles altos somáticos, y un 40% obtienen niveles altos de ansiedad.

En el análisis del cuarto objetivo, referente a conocer los modos de afrontamiento más utilizados en médicos y enfermeras, en los resultados obtenidos se observa que en las respuestas de los médicos el replanteamiento positivo alcanza el 2,90, aceptación el 3,20, la planificación el 2,40, afrontamiento activo el 2,30; mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: afrontamiento activo (3,25), auto distracción (3,11), planificación (2,38).

Según los datos obtenidos y el análisis de la teoría, es importante determinar estrategias como respuestas al estrés y la ansiedad, estas estrategias están encaminadas a un replanteamiento positivo de la persona, la planificación, la aceptación entre otras.

En relación al apoyo en el ámbito social, procedente de la redes sociales los resultados demuestran que el apoyo emocional representa el 78% en médicos y en enfermeras el

80,83%; en cuanto tiene que ver a las relaciones sociales, el 75% en médicos utilizan esta estrategia mientras que el 86,67% de las enfermeras lo utilizan para este fin, para el 74% de los médicos utilizan las redes sociales para conseguir amor y cariño; y el 87,41% de las enfermeras; finalmente el apoyo instrumental para médicos es 68,50% y para enfermeras 87,41%. Estos datos confirman lo que explica los autores Veintimilla y Endara (2016) consideran que el apoyo social es fundamental para esta clase de problemática, considerando las redes sociales como instrumento de apoyo emocional. Por lo tanto, se evidencia que las personas que manifiestan este síndrome deben tener intercambios sociales con otras personas, estos intercambios se pueden dar a través de las redes sociales, ofreciendo además apoyo con el objetivo de intentar reducir los impactos como el estrés, en cierta medida, será un beneficio para la salud mental y física.

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión tanto en médicos y enfermeras, presentando una media de 4,60 en los médicos y 4,22 en enfermeras. Le sigue neocriticismo con 2,00 en médicos y 2,11 en enfermeras. Finalmente el rasgo de psicoticismo en médicos con 1,70 y en enfermeras 1,75, datos que confirman el modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper (1993), que analiza cuatro variables para la descripción del síndrome: Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto; el nivel de autoconciencia del sujeto y la extroversión, consideradas como rasgos de personalidad y entendidas como su capacidad para autorregular sus niveles de estrés presentados en el desarrollo de una labor encaminada a lograr un objetivo; las expectativas de éxito del sujeto y los sentimientos de autoconfianza.

Según la teoría y los resultados obtenidos en la investigación, el rasgo más relevante que se presentan en los rasgos de personalidad es el de extroversión, que coincide con lo indicado por el autor como una de las variables para la descripción del síndrome, considerado también como surgimiento de los niveles de estrés.

## CONCLUSIONES

La investigación se realiza al personal médico y de enfermería perteneciente a una institución privada ubicada en el distrito metropolitano, zona norte, de la ciudad de Quito. El total de participantes fue de 52,63% médicos y 47,36% enfermeras. La participación del personal de enfermería fue al 100% de mujeres. La edad promedio de los/as médicos fue de 33,5 años, mientras que en las enfermeras fue de 32,7 años. El promedio del número de hijos del personal médico fue de 1,1, mientras que en el personal de enfermería el promedio fue de 1. La etnia que caracteriza a los dos grupos fue la mestiza. En cuanto al estado civil el 60% de médicos son casados y el 78% de enfermeras son solteras.

El síndrome de burnout se midió en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. En la muestra de médicos, el agotamiento emocional es de 50% y de enfermeras es de 22,2%. Dando como resultado un nivel alto. En despersonalización, el 40% de los médicos obtuvieron un nivel alto, mientras que tan solo el 11% de las enfermeras alcanzó este nivel. La realización personal el 30% obtuvo el personal médico y el personal de enfermería alcanzó el 44,4%. Por lo tanto se puede determinar que existen dos casos de burnout en los médicos participantes, lo cual representan 20% del total, mientras que la muestra del personal de enfermería no presenta ningún caso.

Con respecto al malestar emocional que presentan los servidores de la salud, se concluye que la ansiedad es la variable que más prevalece, tanto en los médicos como en las enfermeras y alcanzan el 60% y el 55,6% respectivamente, por lo tanto, los síntomas somáticos como la ansiedad son variables determinantes para analizar el malestar emocional.

Los modos de afrontamiento son diferentes en médicos y en personal de enfermería. Los más utilizados por los médicos son: la aceptación (3,20), replanteamiento positivo (2,90), aceptación, la planificación (2,40) y el afrontamiento activo (2,30), mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias que sobresalen son: afrontamiento activo (3,25), auto distracción (3,11) y la planificación (2,38).

Al determinar la percepción del apoyo social se encontró que la variable más importante para los médicos es el apoyo emocional (78), y las relaciones sociales (75), para las enfermeras el amor y cariño (87,41) y las relaciones sociales (86,67) son los factores más identificables.

La muestra de médicos y enfermeras investigados nos indica que la extroversión ( 4,60) y (4,22) es el rasgo de personalidad más fuerte en los dos grupos encuestados, seguido por el neuroticismo (2) en médicos y en enfermeras el (2,11), finalmente está el rasgo de psicoticismo con el (1,70) en médicos y el 1,75 en enfermeras.

## RECOMENDACIONES

En base al estudio realizado y los resultados obtenidos, es recomendable que un hospital privado , realice una serie de actividades para disminuir los niveles de burnout en los médicos y enfermeras. Estas actividades deben estar encaminadas a mejorar el clima laboral de la Institución, motivación al personal, control del estrés y fundamentalmente realizar talleres de capacitación permanentes de formación.

Es recomendable también ampliar este estudio, realizando procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación de los resultados, con el fin de conocer como se desarrolla este síndrome en la Institución.

Se recomienda que esta investigación se aplique a otros Hospitales de Quito, preferiblemente a los que dependen del Estado, para identificar de la misma forma la dimensión del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del sector público.

Con el objetivo de realizar acciones en la prevención del síndrome y llevar a cabo un proceso de seguimiento a estas acciones para evaluar su impacto, se propone ampliar y profundizar lo que sabemos de este síndrome. Finalmente con este seguimiento a las acciones realizadas, podremos sistematizar estos estudios para que la Universidad Particular de Loja tenga documentos sobre el tema.

Cuando este síndrome se manifiesta en el ámbito laboral; las acciones que se pueden aplicar a los profesionales de la salud, podrían ser las siguientes:

Realizar un estudio de cargas laborales y horarios, para determinar volúmenes de trabajo y si el personal médico y de enfermería es suficiente para esta carga laboral del hospital privado de la ciudad de Quito.

Implementar o fortalecer el programa de salud ocupacional del hospital privado de la ciudad de Quito, que tome en cuenta la salud mental de los trabajadores, realizando un programa que incorpore aspectos físicos, emocionales y sociales.

Se propone mejorar los canales de comunicación del Hospital, sobre todo en los cambios de políticas institucionales, procesos de evaluación del personal, etc. para que los trabajadores tengan acceso a esta información de una forma más sencilla y asequible.

Se propone también el impulso de espacios denominados de autoayuda, en los cuales se pueda compartir experiencias sobre el tema, con el fin de que las personas que están afectadas con el síndrome obtengan apoyo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J. (2016). *El modelo Burnout*. España: Vitor.
- Arias, P., & Castro, M. (2013). *Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales*. Costa Rica: CENDEISSS.
- Aronson, E., & Kafry, D. (2008). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Ávila, J. (2011). *Síndrome de Burnout y Autoeficacia Profesional: Análisis de un caso desde la investigación aplicada con profesionales Sanitarios*. España: Academia Española.
- Bacharach, S. (1990). (1990) Work design, role conflict, and role ambiguity: the case of elementary and secondary schools. *Evaluation Policy Anal*, 415-432.
- Balseiro, L. (2012). *El síndrome de Burnout*. México: Trillas.
- Buendía, J., & Ramos, F. (2001). *Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida*. Madrid: UAM.
- Burke, J., & Richardsen, F. (2006). Characterizing the Resilient Officer: Individual Attributes at Point of Entry to Policing. *Pintal*, 178-188.
- Carlin, M. (2014). *El síndrome de Burnout*. México: Wanceulen.
- Cherniss, C. (1990). *Job Stress in the Human Service*. London: Sage.
- Christin, A. (10 de 06 de 2014). *Causas y variables relacionadas con el estrés y el burnout*. Obtenido de [www.estres.edusanluis.com.ar](http://www.estres.edusanluis.com.ar): <http://www.estres.edusanluis.com.ar/2014/06/causas-y-variables-relacionad>
- Coello, C. (25 de 02 de 2016). *Ecuador no tiene políticas de prevención*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-politica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>
- Cubillo, A., & Cordero, J. (2006). Prevalencia Burnout. *Atencion Primaria*, 59.

- Cubillo, Á., & Cordero, J. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Elsevier*, 532-539.
- Díaz, C. (2016). La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 114-126.
- Díaz, F., & Ingrid, G. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2015. *Universidad del Valle*, 114-130.
- Edelwich, J., & Brodksy, A. (1990). *Carrer Burnout*. New York: Human Science.
- El Shaili, L. (2011). *Burnout en profesionales*. México: Panamericana.
- Fernández, V., & Zarate, R. (2010). *¿Para qué estudiar el síndrome de burnout?* México: Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C.
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Gegesti*, 1-4.
- Fountoulakis, K., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 209-221.
- Freudenberger, H. (1974). *Burnout: The high cost of high achievement*. New York: Doubleday.
- Garden, A. (1987). Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 545-560.
- Gil-Monte, P., & Peiró, L. (2011). Burnout syndrome: work burnout, professional exhaustion, job stress, or thomas' illness? *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 181-197.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983 ). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 461-481.
- Gómez, I., & Díaz, F. (2016). *La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre el 2000 al 2010*. Cali-Colombia: Universidad del Valle.
- González, L. (2015). *Burnout. Consecuencias y soluciones*. México: Manual Moderno.

- Grosch, C., & Olsen, M. (2004). *Apoyo social y síndrome de quemarse por el trabajo o Burnout: Una revisión*. . Estados Unidos: Panamericana.
- Hiscott, R., & Connop, P. (1990). Job stress and occupational burnout. Gender differences among mental health professionals. *Sociology and Social Research*, 10-15.
- Ibáñez, J., López, J., & Márquez, A. (2012). Variables sociodemográficas relacionadas al síndrome de Burnout en docentes de colegios distritales. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 12-24.
- Kaschka, W., Korczark, D., & Broich, K. (2011). Modediagnose Burn-out. *Deutsches Arzteblatt* , 781-787.
- Lee, R., & Ashforth, B. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparison between the Leiter and Maslach. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 369-398.
- Leiter, M. (1992). Burnout as a Function of Communication Patterns. *Group & Organization Studies* , 11-128.
- Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 297- 308.
- Mancero, I. (18 de 05 de 2013). *Variables modificadoras del estrés*. Obtenido de [www.serdomas.es](https://www.serdomas.es/variables-modificadoras-del-estres-del-medico/): <https://www.serdomas.es/variables-modificadoras-del-estres-del-medico/>
- Martínez, A. (2010). *El síndrome de Burnout, evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. España: Universidad de la Rioja.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 1-40.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1996). *Burnout Inventory*. California: Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. (2013). *Burnout Inventory*. California: Press.
- Maticorena, J., & Beas, R. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Revista Peruana de Medicina*, 11-30.

- Mingote, J. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 493-510.
- Ministerio de Trabajo. (2017). <http://www.trabajo.gob.ec/>. Obtenido de <http://www.trabajo.gob.ec/>: <http://www.trabajo.gob.ec/>
- Moreno, B., & Peñacoba, C. (1999). *Estres asistencial en los nervios de la salud*. Madrid: Nueva.
- Moreno, M., Ríos, M., Canto, J., Martín, J., & Perles, F. (2010). Satisfacción Laboral y Burnout en Trabajos Poco Cualificados: Diferencias entre Sexos en Población Inmigrante. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1-8.
- Ortega, C., & López, F. (2004). El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectiva. *International Journal of Clinical*, 137-160.
- Peris, M. (2002). *El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD*. España: Universitat Jaime I de Castellón.
- Pines, A., & Aronson, E. (2008). *Carrer Brunout: Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Pines, A., & Kafry, D. (1978). *The experience of life tedium in three generations of professional women*. Estados Unidos: Paraninfo.
- Ramírez, M., & Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Polis*, 1-25.
- Rubio, A. (2015). Determination of Burnout Syndrome among Middle and Senior Managers in Manufacturing Industry. *EIServier*, 6459-6466.
- Sandoval, C. (1993). *Variables asociadas al burnout*. México: Panamericana.
- Sandoval, V., González, C., Sanhueza, I., Borjas, R., & Odgers, C. (2006). Síndrome de burnout en el personal profesional del hospital de Yumbel. *Cuadernos Médicos Sociales*, 268-273.
- Schaufeli, W., & Buunk, B. (1996). *Handbook of work and health psychology*. New York: Wiley and Sons.

Schaufeli, W., & Enzmann, D. (2008). *The burnout companion to study and practice*. London: Taylor y Francis.

Smith, N. (1983). *El Burnout*. Estados Unidos: Paraninfo.

Thompson, M., & Cooper, L. (1993). Test of Cooper. *Stress Medicine*, 221-235.

Tanon, G. (2003). *Burnout en los trabajadores sociales*. Buenos Aires: Espacio.

Uribe, J. (2014). *Clima y ambiente organizacional, trabajo y salud*. México: Manual Moderno.

Veintimilla, C., & Endara, R. (2016). *Auxiliar de Centros de Asistencia*. Madrid-España: CEP S.L.

Zumárraga, R., & García, J. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Quito. *Hospital Carlos Andrade Marín*, 96-100.

## **ANEXOS**

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

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

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

NOMBRE: .....

.....

FIRMA

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

**Datos Personales**

Género Masculino  Femenino

Edad \_\_\_\_ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana  Rural

Etnia Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena

Estado Civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_

Recibe su remuneración salarial: si  no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

**Datos Laborales**

Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_  
Enfermera

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

Horas que trabaja Diariamente \_\_\_\_\_

Trabaja usted en turno SI  No

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

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

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

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente  Medianamente  Poco  Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 3

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

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

<p><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></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><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></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><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></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><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></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><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></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><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></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><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></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><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></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><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></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><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></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><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></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><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></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><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></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><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></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><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></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><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></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><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></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><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></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><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></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><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></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><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></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><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</b></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><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></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><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></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><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></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><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></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><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></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><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></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).



