



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

AREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Burnout y la influencia de los años de experiencia en profesionales de la Salud, de dos centros privados ubicados al norte y sur de la ciudad de Guayaquil, en el año 2016 - 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Dávila Benavides, Linda Irina

DIRECTOR: Vásquez Escandón, Adrián Felipe, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2018



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

Loja, septiembre del 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgtr.

Adrián Felipe Vásquez Escandón

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: *“Burnout y la influencia de los años de experiencia en profesionales de la Salud, de dos centros privados ubicados al norte y sur de la ciudad de Guayaquil, en el año 2016– 2017”*, realizado por la estudiante: Dávila Benavides Linda Irina, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Inmaculada Concepción de Loja, 31 de octubre de 2017.

Mgtr. Adrián Felipe Vásquez
Docente investigador UTPL
Dpto. de Psicología

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Dávila Benavides Linda Irina, CI: 0919092601, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: *“Burnout y la influencia de los años de experiencia en profesionales de la Salud, de dos centros privados ubicados al norte y sur de la ciudad de Guayaquil, en el año 2016 - 2017”*, de la Titulación de Licenciatura en Psicología, siendo el Director de este trabajo el Mgtr. Adrián Felipe Vásquez Escandón; 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

f)

Autora: Dávila Benavides Linda Irina

Cédula: 0919092601

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres, hermana y hermanos, quienes son un pilar fundamental en mi caminar y una motivación constante en la consecución de mis metas.

Linda Irina Dávila Benavides

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar al Dios de la Vida que me acompaña con su presencia amorosa en mi cotidianidad brindando su sabiduría en las pequeñas cosas.

A mi familia y amigos(as) por acompañarme con afecto, comprensión y paciencia en el proceso hacia este logro profesional.

A la UTPL que me ha permitido adquirir todo un bagaje no solo académico, si no de desarrollo humano y profesional y a aquellos maestros/as que se han compartido desde una profunda humanidad y nobleza.

A aquellas personas que me han acompañado con sabiduría y cariño a lo largo de mi vida, especialmente a Patricia, Norma, Eugenio, Agustín y María Julia que supieron compartir conmigo su amor a esta profesión con la firme convicción que es un aporte significativo para la construcción de una sociedad más humana.

La autora.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO.....	4
1.1. Síndrome de Burnout.....	5
1.2. Conceptualización	5
1.3. Definiciones.....	8
1.4. Fases y desarrollo.....	9
1.4.1. Edelwich y Brodsky (1980).....	9
1.4.2. Cherniss (1980).....	9
1.4.3...Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	10
1.4.4. Leiter y Maslach (1988).....	10
1.4.5. . Leiter (1993).....	10
1.4.6. Lee y Ashforth(1993).....	11
1.4.7. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).....	11
1.5. Consecuencias del Burnout.....	12
1.6. Modelos explicativos.....	14
1.6.1. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría socio-cognitiva del Yo.....	14
1.6.2. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría del intercambio social.....	16
1.6.3. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organizacional.....	17
1.6.4. Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural.....	19
1.7. Prevalencia.....	20
1.8. Variables asociadas de Burnout.....	22
CAPÍTULO II METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
2.1. Objetivos.....	25
2.1.1. Objetivos General.....	25

2.1.2. Objetivos específicos.....	25
2.2..Preguntas de investigación.....	25
2.3. Diseño de investigación.....	26
2.4. Contexto de la investigación.....	26
2.5. Población y Muestra.....	27
2.6. Criterios de inclusión.....	27
2.7.Criterios de exclusión.....	27
2.8.Procedimiento.....	28
2.9. Instrumentos.....	29
2.9.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	29
2.9.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory).....	29
2.9.3. Cuestionario de salud mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979).....	30
2.9.4. Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF- COPE).....	30
2.9.5. Cuestionario MOS de apoyo social.....	32
2.9.6. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. EPQR-A.....	32
2.10. Análisis e interpretación de resultado.....	33
2.11. Discusión.....	43
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud	33
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud	35
Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.	37
Tabla 4. Resultados de las dimensiones del Burnout en los profesionales de la salud	38
Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud	39
Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.....	39
Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.	40
Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.	41
Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.	41
Tabla 1. Correlaciones entre años de experiencia y dimensiones de Burnout.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Consecuencias del Síndrome de Burnout	12
---	----

RESUMEN

El objetivo general de la investigación fue identificar la prevalencia del síndrome de Burnout y la influencia de los años de experiencia profesional en médicos/as, de dos instituciones privadas ubicadas al norte y sur de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017; para el efecto, se aplicó una metodología cuantitativa, no experimental, transaccional, exploratoria, descriptiva y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, inventario de Burnout de Maslach MBI, cuestionario de salud mental GHQ-28, escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento Brief COPE, cuestionario revisado de personalidad de Eysenck EPQR-A y el cuestionario de Apoyo Social MOS. La muestra fue conformada por cuarenta médicos en los cuales no se identificó presencia de Burnout y se concluye que la dimensión de agotamiento emocional y los años de experiencia se correlacionan de forma inversamente proporcional, es decir, que conforme avance el tiempo de trabajo, disminuirá el agotamiento emocional; esta misma relación se da entre despersonalización y años de experiencia; por último no existe una correlación significativa entre realización personal y años de profesión.

Palabras claves: Burnout, años de experiencia, médicos/as, salud.

ABSTRACT

Keywords: Burnout, years of experience, doctors / health.

The general objective of this research was to identify the prevalence of Burnout syndrome and the influence of years of professional experience in physicians, from two private institutions located north and south of Guayaquil city, during the 2016-2017 year; For this purpose, a quantitative, non-experimental, transactional, exploratory, descriptive and correlational methodology was applied. The instruments used were: Sociodemographic and Labor Questionnaire AD-HOC, Maslach Burnout Inventory (MBI), Mental Health Questionnaire (GHQ-28), The Coping Styles Brief COPE, Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR- A) and the Social Support Questionnaire (MOS). The sample consisted of forty physicians in whom the presence of Burnout was not identified and it is concluded that the dimension of emotional exhaustion and years of experience are correlated in an inversely proportional manner, that is, as years of professional experience increases, emotional exhaustion decreases; this same relationship occurs between depersonalization and years of experience; Finally, there is no significant correlation between personal fulfillment and years of profession.

Keywords: Burnout, years of experience, doctors / health.

INTRODUCCION

La presente investigación enfatiza en un ámbito de gran relevancia de las organizaciones empresariales, que es el personal, ya que uno de los riesgos que ha concitado el interés del Estado, de los empleadores y de la sociedad en general, es el Síndrome de Burnout - SB, debido a sus características principales de ser una enfermedad silenciosa que evoluciona con el pasar del tiempo, motivo por el cual se desea conocer si existe una relación íntima entre el lapso de tiempo o la Experiencia Profesional con esta afección de Salud Mental y emocional.

La investigación adquiere importancia debido a que la Organización Mundial de la Salud - OMS incluyó al estrés laboral como una de las enfermedades de origen dentro de la lista de afecciones profesionales, por lo tanto, es necesario su estudio para determinar en qué medida se encuentra afectando a la población de profesionales de la Salud, quienes por las características de su trabajo se exponen al riesgo de adquirir SB, que se caracteriza a su vez por: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach y Jackson, 1983)

El objetivo de la presente investigación radica entonces en identificar la prevalencia del SB y la influencia de los años de Experiencia Profesional en médicos/as de dos instituciones privadas, ubicadas al norte y sur de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016 - 2017. Para el efecto, se aplicó una estructura de contenidos con base en las siguientes unidades:

- En el primer capítulo, se realizó el marco teórico de la investigación, correspondiente a las teorías generales y sustantivas del estudio, exponiendo: conceptualización del SB, fases, componentes, modelos explicativos, consecuencias, prevalencia, variables asociadas, profundizando en las escalas con las cuales se calcularon diversos elementos de esta afección y que se encuentran en los cuestionarios empleados para tal efecto.
- En el segundo capítulo, se efectuó un análisis pormenorizado de la metodología de la investigación, iniciando con la formulación de los objetivos del estudio y la descripción de los métodos y técnicas a aplicar, luego se administraron los instrumentos y se obtuvieron los resultados acerca de cada uno de los objetivos específicos de la investigación, que al final deben expresar si existe una relación directa entre los años de experiencia de los profesionales de la Salud y la probabilidad de adquirir SB.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Síndrome de Burnout

El término inglés “Burnout” es traducido literalmente al español como “quemarse” y es entendido como un estado progresivo de desgaste personal en el trabajo y se atribuye su desarrollo, especialmente, en personas cuyas profesiones, actividades y/o servicios implican un contacto permanente con otros seres humanos (Andrade, 2016)

Burnout es uno de los problemas laborales de carácter psicosocial más importante y se diagnostica después de pasar por un nivel de estrés laboral significativo en que la persona no logra los objetivos que se propone a pesar de que hace múltiples esfuerzos; sin embargo, la frustración y los bloqueos, no le permiten fluir (González, 2015)

1.2. Conceptualización

Según Barrios, Robles y García (2012) existen diferentes líneas de conceptualización y aunque su objetivo es delimitar una definición consensuada del Burnout, es complicado incluir la diversidad de variables y la complejidad del Síndrome; no obstante, aunque no hay una definición unánimemente aceptada (García-Izquierdo y Velandrino, 1992), se pueden englobar en dos perspectivas: 1) la clínica y 2) la psicosocial (Gil-Monte y Peiró, 1997)

González (2015), señala: “para que naciera este concepto (Burnout) debieron transcurrir decenios de observaciones científicas con el objeto de crear un modelo que designara al conjunto de síntomas producidos por el estrés en el trabajo”.

Esto indica que “Burnout” no es un término elegido al azar sino que está fundamentado en una serie de investigaciones donde se ha constatado la presencia del mismo con características propias y que está sujeta en la actualidad a nuevos estudios y profundizaciones. Además, es una complejidad que trasciende el concepto de estrés.

Al intentar diferenciar el Burnout del estrés, González (2015) señala:

“No todo estrés laboral se transforma en Burnout, esto solo ocurre cuando las condiciones tensionales, dentro del trabajo, se prolongan en el tiempo y no son atendidas... es un término que por lo regular se refiere a las respuestas físicas y comportamentales frente a las presiones relacionadas con el trabajo, las cuales permanecen activas por períodos cortos mientras que el Burnout se desarrolla al vivir períodos prolongados como respuestas a vivencias periódicas de estrés”

Vale preguntarse, ¿cómo se llega a la conceptualización del Burnout a través de la historia? En general, es un síndrome relativamente nuevo que ha generado múltiples estudios.

González (2015), recopila la opinión de varios expertos y delimita seis momentos claves para el paso al SB:

- a. Bradley (1969) designó como término Burnout a un tipo de estrés que consume la energía de los profesionales en el trabajo.
- b. Freudenberger (1974) describe el Burnout como la pérdida de entusiasmo, acompañada de síntomas psíquicos como motivación baja y síntomas físicos como fatiga, insomnio, dolor de cabeza, excesivas preocupaciones y diversos desórdenes gastrointestinales, debido a su observación a practicantes médicos, señala como causas determinadas características personales, que pueden darse por su estilo de vida o diversas propensiones combinadas con condicionamientos laborales que generan insatisfacción y aducía que al no ser parte de una relación laboral con una recompensa lo suficientemente favorable, reducía su participación y la satisfacción en el trabajo. (Pérez, 2014)
- c. Maslach (1976) extendió el colectivo donde se presenta el síndrome a otras profesiones que tengan relación con atención a personas y postuló que el desgaste profesional va más allá del individuo y se produce por el entorno laboral.
- d. Al inicio de la década de los 80 se produjeron definiciones e interpretaciones variadas en la comunidad científica; hubo dispersión, interés creciente por su estudio y aportes teóricos diferentes como la propuesta transaccional del Burnout de Cherniss (1980), donde el autor interrelaciona condiciones de individuo y medio ambiente para el desarrollo del síndrome; y, aparece el libro: “Burnout: etapas de la desilusión en las profesiones de ayuda” de Edelwich y Brodsky (1980), en el que se proponen cuatro fases antes de adquirir el síndrome: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.
- e. Los estudios y especulaciones sobre este síndrome, se habían extendido en todo el mundo, Maslach junto a Jackson (1986) normaliza el estudio y la conceptualización del Burnout, ellas proponen la medición a través de un instrumento: Maslach Burnout Inventory – MIB, que incluía 22 afirmaciones, el que fue acogido con expectativa e interés por la comunidad científica. (Barrios, Robles, & García, 2012)

- f. Schaufeli, Maslach y Merck (1996), definieron el Burnout como un síndrome vinculado con el compromiso laboral más que con las profesiones de atención y puede ser aplicado a la mayor parte de las actividades que impliquen remuneración. (Pérez, 2014)

Otras definiciones identifican al Burnout como una respuesta al estrés crónico que experimentan los profesionales que atienden directamente a otras personas reflejando actitudes y sentimientos negativos hacia ellas y hacia su propio rol profesional, llegando a un estado de agotamiento emocional. Gil Monte (2001)

Lorente (2008), destaca los diferentes significados e interpretaciones que dificultan una definición estable del Burnout debido a la traducción del inglés al español, se la escribe de diferentes formas y su uso se extiende a diversos ámbitos; esto lo hace confuso, con lo que pierde claridad, puede tornarse debido a la variedad de síntomas manifiestos, niveles de intensidad e interpretaciones, por citar algunos: depresión, cansancio e insatisfacción laboral u otro desajuste en este ámbito.

Otras acepciones más complejas, son: Síndrome de Desgaste Profesional – SDP, Síndrome de Agotamiento Profesional – SAP, Síndrome de Desgaste Ocupacional – SDO, Síndrome del Quemarse por el Trabajo – SQT, Síndrome del Trabajador Quemado – STQ; y, una menos popularizada es la “enfermedad de Tomás”, acuñada por Hernández - Monsalve y Gervás (1989), que hace alusión a la situación del protagonista de la película: “La Insoportable Levedad del Ser” (2008), un médico que pierde su trabajo y termina como limpiador de ventanas, pasando por estadios de aburrimiento por el trabajo, baja autoestima, falta de fe en la mejora y la idea de que hay un lugar ideal para trabajar que no es el actual.

A pesar de las dificultades para llegar a un concepto que englobe todo lo que implica el SB, se puede recoger, dentro de los consensos de la mayoría, que es un estado de malestar interior progresivo que se da por agentes estresores externos e internos y que afecta el desempeño y las relaciones interpersonales tanto en el ámbito laboral como en lo privado. Manifiesta características propias que la alejan del concepto de estrés como la prolongación ascendente de los síntomas que le dan el carácter de crónico, las dimensiones acuñadas por Maslach (1986): agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Algunos autores le dan mayor relevancia al entorno mientras que otros a características personales que hacen proclive al individuo a padecer Burnout.

1.3. Definiciones

Continuando la línea del apartado anterior, es necesario destacar que el Burnout fue descrito por primera vez por Freudenberger (1974), quien observó que al año de trabajar en el área de salud, la mayoría de los voluntarios sufría una pérdida excesiva de energía, provocándoles: ansiedad, depresión y desmotivación por su trabajo; lo define, como una sensación de fracaso con agotamiento permanente, resultado de la sobrecarga laboral, que provoca desgaste de energía, recursos personales y ánimo en el individuo; y, lo expone en el congreso anual de la Asociación Psicológica Americana, como una situación más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos en la que, después de meses o años de dedicación, estos trabajadores acaban “quemándose”. (Vergara, 2013)

La definición más afianzada es la de Maslach y Jackson (1981) quienes definen el Burnout, como: “... agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que viven los profesionales involucrados en ayudar a otras personas”, estableciendo las tres dimensiones que lo caracterizan:

- Cansancio emocional: consiste en la disminución o pérdida de la capacidad emocional para afrontar los retos cotidianos, una sensación de estar exhausto y de haber agotado los recursos personales y psíquicos con los que se contaban en la atención a la gente.
- Despersonalización: implica un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia las personas a las que se brinda el servicio y el crecimiento de una actitud de insensibilidad.
- Baja realización personal: incluye una valoración negativa de uno mismo y poco sentido de logro. El profesional evita las relaciones interpersonales y profesionales, le cuesta trabajar bajo presión, disminuye su capacidad de producción y de alcanzar sus objetivos. Se da una confrontación interna de su incapacidad con su nivel de auto-exigencia que a su vez trae como consecuencia culpa, críticas severas y baja autoestima.

Existen algunas variables que se deben tomar en cuenta para un diagnóstico de este síndrome, sin embargo, la condición que prevalece es que la naturaleza del trabajo implique un contacto directo, continuo e intenso con la gente; por lo tanto se podría decir que este síndrome es el resultado de un desajuste producido en la interacción del profesional en su lugar de trabajo, con sus compañeros y con los pacientes.

Aronson y Maslach, (1988) en su libro: “El Burnout de los profesionistas, causas y tratamiento”, plantean que el síndrome: “es un estado de agotamiento físico, mental y emocional, producido por estar involucrado permanentemente en un trabajo, que produce situaciones emocionalmente demandantes”. (Pérez, 2014)

Schaufeli y Enzmann (1998) destacan en su definición de Burnout una constante negatividad mental frente al trabajo manifestando como características particulares: agotamiento, desconsuelo, disminución del sentido de competencia, baja motivación disfuncionalidad en el trabajo.

1.4. Fases y desarrollo

Existen algunas teorías sobre el proceso evolutivo del Síndrome de Burnout. Mansilla Izquierdo (2012), en su Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, describe algunas teorías e indica que emerge de forma paulatina y con un incremento progresivo de la severidad (Gil-Monte y Peiró, 1997). Vale recalcar que estas teorías se tejen a partir de las características nombradas y descritas por Maslach y Jackson (1988) Despersonalización, agotamiento emocional y realización personal aunque ubicadas en diferentes estadios del síndrome.

1.4.1. Edelwich y Brodsky (1980)

- Entusiasmo: El trabajador se siente estimulado por su profesión, asume los conflictos como algo pasajero y con solución. Tiene elevadas aspiraciones y gran energía.
- Estancamiento: No se cumplen las expectativas que se tenían sobre el trabajo y aunque exista mucho esfuerzo, se torna más difícil cumplir los objetivos.
- Frustración: El profesional vive un periodo de desilusión y desmotivación laboral, en la que brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales.
- Apatía: El trabajador se resigna ante la imposibilidad de cambiar las cosas.

1.4.2. Cherniss (1980)

- a. Estrés: se caracteriza por un desajuste entre las exigencias profesionales y los recursos de la persona que lo padece.
- b. Agotamiento: Surge preocupación, tensión, ansiedad y fatiga crónica.
- c. Agotamiento defensivo: El trabajador experimenta variaciones en sus actitudes y conducta como la robotización y el cinismo.

El *Burnout* se origina cuando el trabajador experimenta un proceso de acomodación psíquica entre su propia vivencia del estrés y las condiciones estresantes de su trabajo.

1.4.3. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983):

- a. Surgen actitudes de despersonalización como un intento de afrontar el estrés y esta dimensión es la que mejor describe y predice la presencia del *Burnout*.
- b. Continúa un sentimiento continuo de insatisfacción que se traduce en una baja realización persona
- c. Por último aparece el agotamiento emocional.

1.4.4. Leiter y Maslach (1988)

- a. Los trabajadores desarrollan sentimientos de *agotamiento emocional* debido a la presencia de estresores laborales; esto desencadenaría el *Burnout*.
- b. La exposición continua a dichos estresores da lugar a una *actitud despersonalizada* hacia quienes deben atender y esta dimensión sería consecuencia del agotamiento y causa de la baja realización personal.
- c. Como consecuencia de lo anterior se pierde el sentido de compromiso y *disminuye el sentimiento de realización personal* en el trabajo; esto daría lugar al absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo entre otras.

1.4.5. Leiter (1993)

- a. La persona vive un estado de *agotamiento emocional* debido a estresores laborales.
- b. Cuando el agotamiento emocional se hace crónico se desarrollan las actitudes de *despersonalización*.
- c. El profesional se siente poco realizado debido a los estresores laborales, la carencia de apoyo social y la falta de posibilidades de mejora.

1.4.6. Lee y Ashforth (1993)

El *agotamiento emocional* es el origen de la *despersonalización* y de la *baja realización personal*.

Consideran al *Burnout* como un proceso que se va desarrollando paulatinamente, por tanto, lo ideal es determinar si el agotamiento emocional se encuentra al final o al inicio del síndrome ya que de eso dependería la línea de prevención e intervención.

1.4.7. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

- a. Aparecen sentimientos de baja realización personal en el trabajo y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional.
- b. Esta confluencia conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización.
- c. Se incorpora el sentimiento de culpa y en la evolución del síndrome se pueden identificar dos formas de hacerlo: los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran *Burnout*, se adaptan al entorno laboral; el síndrome no los incapacita para el ejercicio de su profesión, aunque éste sea deficiente para los destinatarios y para la organización. La otra manera es la presencia de la culpa, como un síntoma del *Burnout*, que puede originar un círculo vicioso en el cual los trabajadores se implican más para disminuir su remordimiento, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian se incrementará la baja realización personal, el agotamiento emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización (Gil-Monte, 2005; 2007)

1.5. Consecuencias del Burnout

Cherniss, 1980 y Maslach, 1982 coinciden en que el desgaste del trabajador acarrea serias consecuencias que no permiten un adecuado manejo, particularmente, en la organización o actividad en la que se desempeña (Mansilla, 2013) Estas pueden ser agrupadas en tres tipos:

Físicas	Emocionales	Conductuales
<ul style="list-style-type: none">• malestar general,• dolores de cabeza,• fatiga,• problemas para conciliar el sueño o dormir de corrido,• desórdenes gastrointestinales,• hipertensión,• problemas cardiacos,• pérdida de peso,• asma,• alergias,• dolores musculares especialmente de espalda y cuello,• agotamiento excesivo y continuo;• en las mujeres se producen desórdenes de los ciclos menstruales.	<ul style="list-style-type: none">• distanciamiento afectivo como forma de autoprotección;• disforia y aburrimiento;• falta de concentración y orientación;• se impacientan e irritan con facilidad;• Ansiedad• recurrentes vivencias de baja realización personal• baja autoestima;• se frustran con frecuencia• sentimientos depresivos,• culpa• soledad,• impotencia• alineación (predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas)	<ul style="list-style-type: none">• Conducta despersonalizada en la relación con el cliente.• Absentismo laboral.• Inclinación al abuso de drogas legales e ilegales,• Cambios bruscos de humor• Tendencia al aislamiento• Conexión superficial con los demás.• Aumento de conductas hiperactivas y agresivas,• Puede tornarse violento, cinismo e ironía hacia sus clientes,• Negación;• impulsividad;• atención selectiva;• apatía;• suspicacia;• comportamientos de alto riesgo (conducta suicida, juegos de azar peligrosos).

Figura 1: Consecuencias del Síndrome de Burnout

Fuente: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_5.shtml,

Elaborado por: autora

Otras consecuencias interpersonales serían dificultades en las relaciones así como un deterioro de la vida familiar y social; dificultades actitudinales o conductuales, ubicando en el primero lo relacionado a la manera de relacionarse con las personas en el trabajo y lo segundo a formas de proceder en el ámbito laboral; y, dificultades en el ámbito organizacional, las que detallamos a continuación:

Mansilla (2012), distingue entre: a) las consecuencias para el trabajador, ya que a pesar de poner en juego todos sus recursos personales se produce un deterioro general biopsicosocial, viéndose afectado poco a poco en su salud y en lo psíquico (cognitivo, afectivo y conductual) debido a la exposición a determinadas condiciones externas que no le resultan controlables y, b) las consecuencias laborales negativas que afectan a la organización y al ambiente de trabajo, se manifiestan en un progresivo deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad), limita el rendimiento, la calidad y afecta a los servicios que se prestan; surgen sentimientos que pueden oscilar desde la indiferencia a la desesperación, alto absentismo (con una mayor desmotivación), aumentan los deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación (con un creciente nivel de desmoralización) y se puede llegar o a una reconversión por parte de afectado o al abandono de la profesión; y, en otros casos, el desarrollo de una experiencia especialmente sensible a los fallos en la organización, pérdida de apetito, disfunciones sexuales, empeoramiento de la calidad de vida e incluso el efecto “contagioso” dentro de las organizaciones.

La Confederación de Empresarios de Málaga - CEM, en su Guía de Prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (2013), incluyen: absentismo, presentismo e intenciones de abandono; indican que datos longitudinales muestran que los largos periodos de baja laboral están asociados a un desequilibrio esfuerzo-recompensa por parte de los trabajadores; refieren accidentes y daños a terceros en relación a aquellos riesgos que impliquen una disminución del desempeño, que puede asociarse con implicaciones para la seguridad del paciente así también hacen notar conductas laborales contraproducentes que van dirigidas contra los legítimos intereses de las organizaciones, incluida su imagen, sus clientes y sus relaciones empresariales, donde la venganza y la represalia, como consecuencia de supuestas injusticias organizacionales, sistemas abusivos de gestión y amplia extensión de factores psicosociales de estrés suele ser el contexto justificativo de la acción; y, acotan que la sobrecarga laboral se traslada a su ámbito familiar dando lugar al conflicto entre el trabajo y la familia e influyendo en sus relaciones con ésta.

1.6. Modelos explicativos

No existe un único modelo que explique el SB. Desde que se comenzó a estudiar, se han realizado investigaciones y aportes que han profundizado su etiología y se continúa intentando enmarcarlo en modelos generales más amplios o diferentes a la propia teoría del síndrome.

Mansilla (2012) recopila los tipos de modelos teóricos – etiológicos que se han elaborado en torno al desarrollo del Burnout, destacando que cada uno ha analizado y se ha centrado en algunas variables consideradas como antecedentes y consecuentes. La discusión principal se da alrededor de la pregunta ¿a través de qué procesos los trabajadores llegan a padecer Burnout?

Un primer grupo de modelos se ha desarrollado desde la teoría socio-cognitiva del Yo, un segundo grupo desde las teorías del intercambio social, un tercer grupo desde la teoría organizacional y un cuarto grupo desde la teoría estructural (Et al, 2012)

1.6.1. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría socio-cognitiva del Yo.

- *Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)* explica que el desarrollo del Burnout está en relación directa con las variables de competencia y la eficacia percibida.

Según este autor, la mayoría de personas inclinadas a profesiones de servicio tienen como motivación el ayudar a otros y están dotados de un alto nivel de altruismo. El medio laboral puede ofrecer “factores de ayuda” que facilitan la actividad o “factores barrera” que la dificultan.

Tanto la motivación como los factores que predominen, determinarán la percepción de la competencia y eficacia; es decir, que altos niveles de motivación junto con factores de ayuda (buena capacitación, reconocimiento, posibilidad de injerencia en la toma de decisiones, libertad para disponer de recursos, etc.) dará como resultado una mayor percepción de eficacia y sentimientos de competencia social, mientras que índices bajos de motivación junto con factores barrera en su entorno laboral (sobrecarga de trabajo, falta de recursos, problemas de relación, etc.), disminuirá la percepción de eficacia y competencia social, porque no se logran los objetivos y esto afecta la esperanza de conseguirlos. Cuando este círculo se da en periodos prolongados, se origina el SB.

- Pines (1993) desarrolla un modelo muy parecido al de Harrison en el que incorpora como novedad el “sentido existencial”, es decir, las personas justifican su existencia por la función humanitaria y de ayuda que realizan, tienen una alta motivación, se fijan altos objetivos y grandes expectativas en su vida profesional, el SB se presenta como resultado de un proceso de desilusión y desadaptación debido al fracaso de sus objetivos.
- *Modelo de Cherniss (1993)*, se centra en la variable “autoeficacia percibida” de Bandura (1998) donde las creencias y los sentimientos de competencia que la persona tenga sobre sí misma determinará la probabilidad de desarrollar Burnout.

Los trabajadores que se sienten capaces de afrontar los conflictos de forma asertiva y positiva experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza y su orientación al logro de objetivos aumenta sus sentimientos de autoeficacia; mientras que las personas con baja autoeficacia experimentan altos niveles de estrés en las dificultades, lo que aumenta la posibilidad de fracaso y por ende la probabilidad de desarrollar Burnout.

Cherniss (1993) señala que existen características propias de las organizaciones que facilitan que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito y prevengan el SB: alta presencia de desafíos, libertad de acción, mecanismos de control y retroalimentación de resultados, apoyo social tanto de quienes supervisan como de los pares.

- *Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)*, señalan cuatro variables que se suscitan en el trabajador: 1) discrepancias entre demandas de la tarea y los recursos percibidos; 2) autoconciencia; 3) expectativas de éxito; y, 4) autoconfianza.

La autoconciencia es entendida como la capacidad de los trabajadores para autorregular sus niveles de estrés percibido cuando está realizando una tarea con el fin de lograr algún objetivo planteado. En algunos trabajadores, el hecho de reconocer las discrepancias entre las demandas y sus recursos puede aumentar su grado de autoconciencia y esto podría afectar negativamente su estado de ánimo, lo que traería como consecuencia desconfianza en sus propios recursos para resolver los problemas y un bajo sentimiento de realización personal.

Los trabajadores con una alta autoconciencia dedican más energías a la autopercepción y a concentrarse en su experiencia de estrés, que los trabajadores con baja autoconciencia, por lo que perciben mayores niveles de estrés.

Cuando viven continuamente experiencias de frustración en la consecución de los objetivos, los trabajadores se vuelven más conscientes, pesimistas y tienden a resolver los conflictos retirándose mental o conductualmente de la situación problemática. Cuando no pueden retirarse y se sienten obligados a permanecer en sus profesiones, dejan de esforzarse para resolver las discrepancias, lo que supone una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas.

Por otra parte, las experiencias de frustración y un nivel alto de autoconciencia puede también predisponer a la adopción de expectativas optimistas de éxito en la resolución de discrepancias y puede reforzar la persistencia y la confianza en su capacidad para reducirlas.

1.6.2. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría del intercambio social.

- *Modelo de Comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)*, realizan estudios en profesionales de enfermería e identifican una doble etiología: los procesos de intercambio social con los pacientes y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En relación a la primera etiología establecen tres variables relacionadas con el desarrollo del Burnout: 1) la incertidumbre, experimentada debido al cuestionamiento que se hacen sobre su modo de actuar con los pacientes, 2) la percepción de equidad que está relacionada con el equilibrio entre lo que dan y lo que reciben en las relaciones y 3) la falta de control que tiene que ver con el dominio de las consecuencias de sus acciones laborales.

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los colegas, los profesionales de enfermería temen ser criticados o tachados de incompetentes, motivo por el cual no buscan apoyo social en situaciones de estrés y se inclinan por evitar la presencia de sus compañeros.

Según Buunk y Schaufeli (1993), desarrollar la etiología del Burnout, en la vivencia de los procesos mencionados, dependerá en gran medida de tres variables de personalidad: sentimientos de autoestima, niveles de reactividad (intensidad de la respuesta frente a estímulos internos y externos) y orientación en el intercambio (predisposición para la reciprocidad, la recompensa inmediata y equivalente, o no aceptar favores que no puedan ser devueltos a corto plazo)

- *Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)* tiene un carácter motivacional y el estrés se presenta cuando los individuos perciben que sus recursos están siendo amenazados por la presencia de estresores laborales. Esto genera inseguridad sobre sus competencias para lograr objetivos y el éxito profesional.

Se destacan las relaciones con supervisores, compañeros y usuarios como un elemento importante que se puede convertir en fuente de estrés debido a la percepción de pérdida o ganancia, es decir, que los profesionales experimentan vulnerabilidad y desarrollan un mecanismo de protección de sus recursos por temor a perderlos; no obstante, la ganancia de recursos disminuye la posibilidad de pérdida.

Para prevenir el Burnout, es necesario identificar las estrategias de afrontamiento adecuadas, enfatizar aquellas que son de carácter activo y obtener recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajador y, en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones.

1.6.3. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organizacional:

- a. *Modelo Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)*, el Burnout se desarrolla de manera procesual debido a los continuos estresores laborales; la tensión que van experimentando lleva a los profesionales a disminuir paulatinamente su motivación y el compromiso con el que iniciaron su trabajo.

Las causas del Burnout en el contexto laboral, se relacionan con la sobrecarga laboral (excesiva estimulación en el puesto) y con la disfunción de rol (escasa estimulación en el puesto). Los trabajadores sienten que pierden su autonomía y control, disminuyen su autoimagen, se irritan y se cansan con facilidad.

Frente a esta situación, el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento donde se distancia de la situación laboral estresante. Este distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional genera empatía con el usuario sin implicarse en el problema) o, un carácter contra productivo (cuando surge indiferencia emocional, cinismo, rigidez). El segundo caso se corresponde con la variable “despersonalización” de Maslach y Jackson (1983) y se podría inferir la presencia de SB.

Posteriormente, el trabajador tendrá vivencias de baja realización personal donde experimentará insatisfacción y disminuirá su implicación laboral; poco a poco irá perdiendo su nivel de productividad para luego pasar al agotamiento emocional donde el profesional presentará una mayor tensión y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hills y Daly, 1987)

- b. *Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)* aborda el SB desde la perspectiva transaccional del estrés laboral, la cual afirma que la relación en el trabajo es una “transacción entre persona y ambiente” y el estrés sería el resultado de un desajuste inequitativo entre “las demandas y los recursos psicológicos biológicos y sociales” de la persona. (Cox, 1978; Cox y Mackay, 1981; Lazarus y Folkman, 1986; Trumbull y Apley, 1986; Stotlan, 1987)

En el modelo transaccional se incluyen como variables de respuesta al estrés: el sentirse gastado (cansancio, confusión y debilidad emocional) y sentirse presionado y tenso (amenaza, tensión y ansiedad); ambas se relacionan directamente con los agentes estresores, con la respuesta emocional del trabajador, sus estrategias de afrontamiento y los efectos sobre la situación y el trabajador. La dimensión más relevante es el “agotamiento emocional” (Maslach y Jackson, 1983) ya que se relaciona con la variable 'sentirse gastado' y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar. “La despersonalización” es una estrategia de afrontamiento y la baja “realización personal” es el resultado de lo que para el trabajador significa su experiencia de estrés, su trabajo y las expectativas profesionales frustradas.

- c. *Modelo de Winnubst (1993)*, determina que el SB afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a quienes prestan servicios de ayuda. Asume como variables que anteceden al Burnout: la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional, el apoyo social en el trabajo y las relaciones que se tejan entre ellas.

Los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional.

En las organizaciones que proceden desde una burocracia mecánica, el trabajo es estándar y formal, se refuerza el perfeccionismo y las normas, se produce el agotamiento emocional como consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control. Los niveles de autoridad juegan un papel importante, el estilo de comunicación tiende a ser vertical y el apoyo social suele ser instrumental. *Winnubst (1993)*

Las organizaciones que proceden desde una burocracia profesionalizada, se caracterizan por la estandarización de habilidades, la baja formalización, el refuerzo de la creatividad y la autonomía. El Burnout está causado por la “relativa laxitud” de esa estructura que conlleva una confrontación continua con los pares, disfunciones en el rol y conflictos interpersonales. Lo más importante es el trabajo en equipo y la dirección; la comunicación es horizontal, el apoyo social es emocional e informal.

Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional.

1.6.4. Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural.

Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) después de varios estudios, plantearon que el SB puede ser integrado en los Modelos Cognitivos y en el Modelo Transaccional de Estrés Laboral de Cox y Mackay (1981) y elaboraron un modelo estructural sobre su etiología, proceso y consecuencias (Espinoza, 2014)

El Burnout es considerado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales (afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir los niveles de estrés. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.) (Gil-Monte y cols., 1995)

1.7. Prevalencia

De acuerdo a lo expresado por (Apiquian, 2014), existe la presencia de un 20% de la población que se encuentra activa en un puesto de trabajo quienes presentan síndrome de Burnout debido a las condiciones de trabajo y de vida a los cuales se encuentra expuesto.

Se han presentado datos estadísticos del síndrome en los profesionales de la salud desde siempre, existiendo variaciones entre los afectados considerando un 25% y 60% de acuerdo al Instituto de Estudios Laborales donde además expresa que en el continente Europeo el 87,8% de los profesionales de la salud se siente agotado emocionalmente, también ha destacado que del 10% al 12% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados y que sufrirán problemas mentales o conductas adictivas a lo largo de su vida profesional (Guevara, 2012)

Un estudio a médicos de atención primaria indicó que el porcentaje con algún criterio de *Burnout* es notable entre los profesionales: llama la atención que más de un 12% tenga máximos criterios de síndrome y en algunos contextos se ha observado mayor riesgo para las mujeres. (Báez, 2014) Mientras que en un análisis realizado se obtuvo como resultado un 27% a 39% de estrés en el personal de enfermería en alguna de las sub-escalas; y, el 6,09% en las tres sub-escalas, conjuntamente (Barrios, Robles, & García, 2012)

Otro estudio con personas que trabajan con víctimas de violencia de género señala que un 50% de los profesionales presentan niveles altos en por lo menos una dimensión del *Burnout*, un 23% en dos dimensiones y un 11,5% en las tres dimensiones. (Morales, 2014)

También, en un trabajo realizado con funcionarios de prisiones, se concluyó que el 43,6% de los trabajadores de la muestra, sufría el SB, sobre todo en las dimensiones cansancio emocional y despersonalización (Hernández, Fernández, & Baptista, 2012)

En España y América Latina, en el año 2007, tras realizar un estudio a una muestra de 11.530 profesionales de la salud, se pudo constatar que “la prevalencia de Burnout fue: 14.9% en España, 14.4% en Argentina, 7.9% en Uruguay, 4.2% en México, 4% en Ecuador, 4.3% en Perú, 5.9% en Colombia, 4.5% en Guatemala y 2.5% en El Salvador” (Vinaccia, 2014)

En el Ecuador, un estudio realizado a una muestra de 100 profesionales de hospitales públicos de la ciudad de Loja, identifica un porcentaje del 20% con SB. De estos profesionales, el 75% tienen un agotamiento emocional alto y 15% moderado. En despersonalización 45% alta y 15% moderado. Y en la escala de realización personal el 70% baja y 20% moderada. De los Profesionales que no presentan el síndrome, en la escala de agotamiento emocional el 71,25% y el 18,75% moderado. En despersonalización un 67,5% bajo y 28,75% moderado. Y en la escala de realización personal 27,5% alto y 21,25 moderado. (El Telégrafo, 2014)

En otro estudio realizado en la ciudad de Quito con una muestra de 30 profesionales que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital y que están constantemente tratando pacientes con riesgo de perder la vida, no detectó casos de burnout. Dicho estudio identificó variables que sirven de soporte y las formas de afrontamiento que incluyen también variables sociodemográficas influyentes como el tipo de contratación, la remuneración, libertad de decisión, satisfacción laboral, dedicación, apoyo familiar, etc. (Toledo, 2012)

En una investigación realizada a 28 médicos de diferentes especialidades y 5 enfermeras de planta, en la Clínica Universitaria USFQ, compuesta por 16 hombres (todos médicos) y 17 mujeres (12 médicos y 5 enfermeras) en un rango de edad comprendida entre 31 y 53 años, donde todos residían en zona urbana, no se detectó ningún caso de Burnout puesto que el nivel de estrés laboral, el agotamiento y la despersonalización se encuentran en niveles bajos y a su vez, la realización personal es muy alta. Sin embargo, existían variables de alerta como el agotamiento, los turnos rotativos, la falta de tiempo libre, etc. ya que a la larga podrían desarrollar Burnout. (Jaramillo, 2012)

Según estos estudios, es importante que las instituciones cuenten con políticas que brinden condiciones laborales favorables como una remuneración acorde a la capacidad, tiempo de trabajo y desenvolvimiento de cada profesional, capacitaciones constantes, días de descanso, buen ambiente, para que los profesionales de la salud trabajen con eficiencia y buena predisposición y puedan contar con salud tanto física como psicológica.

Es importante, de parte de los profesionales, el uso de técnicas de afrontamiento activo, de auto distracción y replanteamiento positivo frente a los estresores laborales. Variables indispensables para la mayoría de los encuestados, es el amor, el cariño y el saber que cuentan con personas que caminen con ellos. Se detectó que existe un alto nivel de extroversión y apoyo social, lo que significa que son personas con capacidad de interrelación, sociables, optimistas, les gusta mantenerse activos, arriesgados, etc., esto contribuye al bienestar en cuanto a las relaciones sociales, familiares y laborales.

1.8. Variables asociadas de Burnout

Es difícil determinar si es la ocupación la que causa los problemas o si quienes eligen una determinada profesión son de antemano más vulnerables a padecerlos; en cualquier caso, no cabe duda de que existen factores estresantes, en relación con el trabajo, factores específicos tales como: tipo de trabajo, peligrosidad, sobrecarga; aspectos organizativos (ambigüedad de roles, promoción en el trabajo, seguridad, flexibilidad y participación en las decisiones); y, factores que dependen de las relaciones con el resto del personal. (Cáceres, 2016)

Al principio, la atención se centró en las víctimas individuales, es decir, las personas que ejercían estas profesiones, principalmente psiquiatras, psicoterapeutas, profesores, trabajadores sociales, y personal de enfermería; en estas ocupaciones, las grandes presiones a que están sometidos, durante un largo período de tiempo, conducen al agotamiento o desgaste (Burnout), haciendo que el organismo pierda su capacidad para afrontarlas.

Pero pronto se consideró que cuando las víctimas eran miembros de organizaciones, las consecuencias podrían ser extremadamente graves para la empresa, pues sus conductas inciden directamente en el funcionamiento de la organización, por ejemplo: el deterioro de la salud física y psíquica de los trabajadores, da lugar a un aumento de los índices de absentismo, rotación y retrasos y por tanto un descenso de la calidad de los servicios que se realizan.

En términos generales, se ha señalado que el SB no siempre se origina en factores externos y en factores organizacionales si no que puede desencadenarse de las características personales del sujeto y de su vulnerabilidad ante determinados estímulos.

Según (Párraga, 2015) existen ciertos tipos de personalidad que pueden ser vulnerables a presentar el síndrome de Burnout, como son las emotivas que tienden a ser más sensibles frente a diversas situaciones que pueden afectar su salud, por lo general se sienten motivados a ayudar a los demás y son catalogados como visionarios porque asumen su labor más como una causa por la que luchar que como una tarea para ganarse la vida; además, suelen ser personas autoexigentes, perfeccionistas y con baja tolerancia al fracaso.

Se presenta dificultad para distinguir un perfil específico del trabajador predispuesto al SB debido a una gran disparidad de características de personalidad de quienes lo han padecido; planteándose la empatía, delicadeza y orientación, mientras que en otros casos se puede presentar la ansiedad, entusiasmo y susceptibilidad de acuerdo a la forma con la que reaccionen ante diferentes situaciones. (Gil & Moreno, 2015)

Además, existen personalidades resistentes o positivas, con un fuerte sentimiento de compromiso, que creen en sí mismas y en lo que hacen, manteniendo una percepción de control entre lo que se piensa y se realiza manteniendo la convicción de conocer los acontecimientos y las tendencias en referencia a la creencia y las características de los individuos que presentan menor probabilidad de la auto eficiencia personal lo que se refleja como desgaste profesional. (Montejo, 2014)

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General.

Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout y la influencia de los años de experiencia profesional en médicos/as, de dos instituciones privadas ubicadas al norte y sur de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017.

2.1.2. Objetivos específicos.

- Identificar la caracterización sociodemográfica y laboral de la muestra investigada.
- Analizar las dimensiones del Burnout en la muestra estudiada.
- Determinar el estado de salud física y emocional de la población investigada.
- Conocer las estrategias de afrontamiento más utilizados por los profesionales de salud frente a situaciones conflictivas que podrían incidir en el desarrollo del SB.
- Identificar el apoyo social, los vínculos significativos: familia, amigos, compañeros de trabajo, con los que cuentan los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de las instituciones sanitarias investigadas.
- Relacionar los años de experiencia profesional con la prevalencia del síndrome de Burnout en la muestra investigada.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la población investigada?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *Burnout* en los profesionales de salud de la muestra investigada?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los profesionales de salud en situaciones de estrés?
- ¿Con qué tipo de apoyo social cuenta preferentemente la muestra investigada?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra estudiada?
- ¿Cuál es la correlación entre las dimensiones del síndrome de burnout (estabilidad emocional, despersonalización y autorrealización) y los años de experiencia profesional de los médicos participantes en la investigación?

2.3. Diseño de investigación

La investigación está diseñada con las siguientes características:

- **Cuantitativa:** Los instrumentos aplicados arrojan una información fundamentada en la medición numérica y el análisis estadístico.
- **No experimental:** ya que se realiza una observación de acontecimientos en su ambiente natural sin que exista manipulación de las variables independientes; es decir que dichas variables suceden sin que se puede ejercer control sobre ellas.
- **Transaccional (transversal):** pues se realizó una única recolección de información, en un momento específico, para posteriormente analizarla y relacionarla con las variables correspondientes.
- **Exploratoria:** ya que se realizó una investigación inicial de un tema poco conocido, en un contexto específico, para ser analizado y profundizado.
- **Descriptiva:** porque al indagar sobre las variables, éstas permiten caracterizar y ubicar la muestra según parámetros específicos para ver si influyen o no en la prevalencia del tema en cuestión.
- **Correlacional:** es decir, se recoge la información y se describe la relación existente entre variables, categorías o conceptos. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2.4. Contexto de la investigación.

La presente investigación evaluó a personal médico de dos instituciones de salud privadas sin fines de lucro, ubicadas al norte y sur de la ciudad de Guayaquil; ambas brindan servicios de calidad y calidez en la atención, contando con profesionales altamente capacitados tanto en lo científico como en lo humano y cuentan con equipos actualizados y procedimientos técnicos que avalan su buen funcionamiento.

La primera entidad ubicada al sur, es un centro de salud que ofrece servicios de consulta externa tanto de medicina general como de diversas especializaciones: gastroenterología, dermatología, otorrinolaringología, neurología, urología, gerontología, psiquiatría, pediatría, odontología, ginecología, traumatología, cardiología, cirugía general, oncología, mastología, proctología, fisioterapia. Además, ofrece los servicios de laboratorio, cirugía menor, farmacia; y sus instalaciones están equipadas para brindar una amplia cobertura en imágenes y rayos X (radiografías, resonancia magnética, ecografías, electrocardiogramas, etc.) Los médicos atienden en diferentes horarios y días en la semana y mantienen un alto espíritu de compromiso con la institución y los pacientes.

La segunda entidad es un hospital privado también sin fines de lucro que está constituido por áreas de especialización. La investigación está enfocada preferencialmente al personal médico del área de traumatología. Los servicios de atención que se ofrecen incluyen hospitalización, diagnóstico, cirugía, fisioterapia, consulta externa, entre otros. Cuenta con modernas instalaciones, equipos e instrumentos para prestar un servicio de calidad. Los profesionales están bien capacitados y en la relación con los pacientes se refleja su compromiso humano. Cabe destacar que ambas instituciones cuentan con poco espacio de espera, diariamente hay mucha gente de pie esperando la atención.

2.5. Población y muestra

La población objeto de este estudio fue el personal médico que labora en dos instituciones de salud privadas, ubicadas al norte y sur de la ciudad de Guayaquil.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental. Estuvo conformada por 40 médicos, hombres y mujeres, de dos instituciones de salud privadas ubicadas al norte y sur de la ciudad de Guayaquil y se pudo aplicar a quienes cumplían con los requisitos de inclusión para el estudio.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

2.6. Criterios de inclusión

Ser profesional de medicina, ejercer actualmente la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener por lo menos cuatro años de experiencia profesional y firmar el consentimiento informado.

2.7. Criterios de exclusión

Ser tecnólogo médico u otra especialidad que no incluya el título de médico, no firmar el consentimiento informado, tener menos de cuatro años de experiencia profesional.

2.8. Procedimiento

El desarrollo de la recolección de datos para la investigación mantuvo el siguiente proceso: se llenó el documento para solicitar el permiso correspondiente a varias instituciones de salud. Se conversó con directivos de cinco instituciones personalmente y dos más por teléfono. En dos de las instituciones se dejaron las solicitudes sin hablar con los directivos, cumpliendo con los procedimientos para permitir el acceso o no a ellas. En tres expresaron su negativa por no cumplir con los requisitos que ellos tenían para acceder a dichas instituciones; en una institución privada, el director argumentó que es muy riesgoso acceder a esa investigación debido a que la detección de casos de Burnout le corresponde al área de recursos humanos y no a una estudiante haciendo la tesis y que si hubiese algún problema de mala práctica o algo así, esa información saldría a la luz inmediatamente.

En un hospital, explicaron que necesitaba estar vinculada de alguna manera a la organización que lo regenta como trabajar en alguna de sus dependencias o haber hecho prácticas en alguna de ellas en otras ocasiones. Aun cuando el director me dio permiso, el médico encargado del área de docencia me dijo que no era posible si no cumplía con los requisitos antes mencionados.

En la institución donde se obtuvo la muestra de 25 personas, que es de consultoría externa, los directivos solicitaron que realice en la medida de lo posible la recolección de datos en forma personalizada, es decir, se tuvo que acudir durante tres semanas, acordando los horarios, tomando en cuenta el número de pacientes, el tiempo y disponibilidad de los médicos para poder aplicar los instrumentos.

El director colaboró con la recolección de datos y colocó en el sistema una comunicación en donde detallaba que se estaba haciendo la investigación en el centro y motivaba a los médicos/as a participar; en consideración a esto se procedió a buscar médicos/as para pedir la colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación; a quienes aceptaban participar se pidió que firmaran el consentimiento informado y se les explicó los parámetros de cada uno de los cuestionarios para que puedan realizarlos de la mejor manera; el margen de error en este grupo fue mínimo ya que en su mayoría se realizó personalmente. Algunos se negaron a participar por diferentes motivos: tener muchos pacientes, no tener tiempo, brindar sus servicios en esa institución pocas horas a la semana y salir apresuradamente a sus otras instituciones, etc.

En la otra institución, se asistió durante dos días al hospital para aplicar los cuestionarios específicamente al personal del área de traumatología y se sumaron profesionales de otras especializaciones para completar la muestra. La forma en que permitieron recoger esos datos fue dándoles una explicación general en tres grupos, manteniendo una atención personalizada según las dudas y preguntas de cada participante. Además cuatro personas no pudieron terminarlo ahí y lo entregaron unos días después.

Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y datos de dos personas que no cumplían con los requisitos inclusivos y se trabajó con datos descriptivos y correlaciones.

2.9. Instrumentos

Se utilizaron seis instrumentos para recolectar la información necesaria que permita cumplir con los objetivos de la investigación.

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

Este cuestionario permite obtener información de carácter sociodemográfico específicamente de las siguientes variables: género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral.

2.9.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory).

El inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seis dedos (1997) evalúa las tres dimensiones del burnout descritas por la misma autora: a) agotamiento emocional (nivel de cansancio laboral), b) despersonalización (nivel de distanciamiento de las personas a quienes se atiende), c) realización personal (nivel de satisfacción laboral)

Está conformado por 22 ítems dispuestos en las tres dimensiones mencionadas: agotamiento emocional, 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización, 5 ítems (5,10,11,15,22) y realización personal, 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Para responder se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 (nunca) a 6 (todos los días) que miden la frecuencia con la cual la persona encuestada vive ciertas situaciones en su lugar de trabajo.

Las puntuaciones máximas de cada subescala son 54 para agotamiento emocional, 30 para despersonalización y 48 para realización personal; la clasificación se da entre los niveles bajo, moderado y alto tomando en cuenta que para medir la presencia o ausencia del *burnout* se consideran las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y las bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seis dedos, 1997).

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

2.9.3. Cuestionario de salud mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).

Es un cuestionario auto-administrado que revela la percepción de las personas de 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. Evalúa cuatro sub-escalas: a. Síntomas somáticos, b. Ansiedad e insomnio, c. Disfunción social, d. Depresión.

Las propiedades psicométricas muestran un punto de corte de 5/6 como indicador de la existencia de un caso probable, con una sensibilidad de 84.6% y especificidad de 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). El alfa de Cronbach es de 0.89.

2.9.4. Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).

Esta escala Multidimensional en su versión abreviada ha sido desarrollada para evaluar las diferentes formas de respuesta ante problemas y situaciones estresantes. Hernández R, Fernández C y Baptista P (2010)

Está compuesta de 28 ítems que responden a 14 sub escalas (modos de afrontamiento), es decir, que corresponden 2 ítems a cada modo. Utiliza una escala ordinal de Likert con cuatro alternativas según la acción y la respuesta de las personas, donde 0 es “nunca hago esto” y 3 “siempre hago esto”. El BRIEF – COPE evalúa los siguientes tipos de afrontamiento:

1. Afrontamiento activo: Realizar acciones concretas e invertir mayor energía para reducir o eliminar el factor estresante.
2. Planificación: Plantearse líneas de acción y estrategias específicas en función de superar el conflicto al que se enfrenta.
3. Apoyo instrumental: Pregunta, sondea, busca la ayuda necesaria a personas o instrumentos que le puedan ofrecer información sobre el problema y lo que se debe hacer para afrontarlo.
4. Apoyo emocional: Busca en otras personas aliento y apoyo emocional, necesita ser comprendido y acogido.
5. Auto-distracción: Procurar distraerse del estímulo estresor, pensando en otras cosas y buscando centrarse en otras actividades o proyectos.
6. Desahogo: Tomar conciencia del malestar interno y buscar expresar los sentimientos y emociones.
7. Desconexión conductual: Dejar de esforzarse para superar el problema.
8. Reinterpretación positiva: Reconocer lo positivo del problema y obtener algún aprendizaje para la vida.
9. Negación: Negar la situación estresante para no enfrentar el problema.
10. Aceptación: Acoger el conflicto sin huir de él, aceptando la realidad de los hechos.
11. Religión: Acudir a expresiones religiosas cuando se atraviesan situaciones estresantes.
12. Uso de sustancias (drogas, alcohol, medicamentos) Ingerir sustancias como medio de evasión o resistencia frente al estresor.
13. Humor: Encontrar el lado divertido de la situación estresarse, reírse y/o hacer bromas.
14. Auto-inculpación: Emitir juicios y críticas contra sí mismo por lo que está ocurriendo.

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)

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

El cuestionario MOS es un instrumento que brinda una visión multidimensional del apoyo social con el que cuentan las personas e identifica situaciones de riesgo para su eficaz intervención.

Fue creado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; la versión utilizada es la española de Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005). Es autoadministrado y consta de 20 preguntas; la primera tiene que ver con el tamaño de la red social y el número de familiares y amigos con los que cuenta el sujeto; en las siguientes se exponen situaciones y experiencias concretas y a partir de una escala de Likert de 5 opciones donde 1 es nunca y 5 siempre, la persona determina el nivel de apoyo social funcional en cuatro dimensiones:

- a) Afectiva: contar con personas que demuestren amor, cariño, y empatía.
- b) De interacción social positiva: contar con personas para comunicarse.
- c) Instrumental: recibir ayuda de personas en casa.
- d) Informativa: contar con personas que asesoren o aconsejen cuando se necesite.

Su consistencia interna en la puntuación total según el Alfa de Cronbach es de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

2.9.6. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. EPQR-A; (Francis, Brown y Philipchalk, 1992; versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).

Este cuestionario fue formado a partir de la "Teoría de los Rasgos de la Personalidad de Eysenck; es una versión abreviada del EPQR. Consta de 24 ítems que miden tres dimensiones de la personalidad: Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo junto con una escala de sinceridad con la cual se busca determinar la veracidad con la que responden las personas. El formato de respuesta es de "SI o NO". El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones son: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán, 2002).

2.10. Análisis e interpretación de resultado

En la tabla 1 se analizan algunas características relevantes de los profesionales de la salud que conforman la muestra investigada: sexo, edad, número de hijos/as, etnia y estado civil.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos	
	N	%
Sexo		
Hombre	23.0	57.5
Mujer	17.0	42.5
Total. de profesionales de la salud	40.0	100.0
Edad		
<i>M</i>	45.8	
<i>DT</i>	11.8	
Max	67.0	
Min	27.0	
Número de hijos/as		
<i>M</i>	1.7	
<i>DT</i>	1.3	
Max	4.0	
Min	0.0	
Etnia		
Mestizo/a	33.0	86.8
Blanco/a	2.0	5.3
Afroecuatoriano/a	3.0	7.9
Indígena	0.0	0.0
Estado civil		
Soltero/a	9.0	23.1
Casado/a	27.0	69.2
Viudo/a	1.0	2.6
Divorciado/a	1.0	2.6
Unión libre	1.0	2.6

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Dávila Benavides Linda Irina

La muestra está compuesta de 40 médicos, con una mayor participación del personal masculino en número de 23 equivalente al 57.5% frente a 17 mujeres con un porcentaje del 42.5 %. El rango de edad de los participantes varía de 27 a 67 años, siendo el valor de la media 45.8. El promedio de hijos/as es de 1,7 teniendo un rango de 0 a 4. En lo referente

a la etnia, se obtuvo como resultado 33 personas que se identifican como mestizas, lo que equivale al 86,8%. En lo relacionado al estado civil encontramos a 27 personas casadas, es decir, el 69,2 de la muestra.

En la tabla 2 constan algunas características relacionadas con el ámbito laboral: ingresos, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato, horas diarias de trabajo, cantidad de pacientes que atienden diariamente, recursos que las instituciones de salud les proveen para la atención, si trabajan o no en turnos.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as	
	N	%
Ingresos mensuales		
0 a 1000	6.0	15.4
1001 a 2000	16.0	41.0
2001 a 3000	12.0	30.8
3001 a 4000	3.0	7.7
4001 a 5000	2.0	5.1
5001 a 6000	0.0	0.0
Experiencia profesional		
<i>M</i>	19.3	
<i>DT</i>	11.2	
Max	41.0	
Min	4.0	
Sector en el que trabaja		
Público	2.0	5.0
Privado	25.0	62.5
Ambos	13.0	32.5
Tipo de contrato		
Eventual	1.0	2.5
Ocasional	4.0	10.0
Plazo fijo	5.0	12.5
Nombramiento	17.0	42.5
Servicios profesionales	13.0	32.5
Ninguno	0.0	0.0
Horas de trabajo diarias		
<i>M</i>	8.3	
<i>DT</i>	2.3	
Max	12.0	
Min	4.0	
Nº de pacientes/día		
<i>M</i>	23.3	
<i>DT</i>	15.0	
Max	70.0	
Min	0.0	
Recursos Institucionales		
Totalmente	26.0	66.7

Mediadamente	12.0	30.8
Poco	0.0	0.0
Nada	1.0	2.6
Turnos		
Si	19.0	48.7
No	20.0	51.3

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
 Elaborado por: Dávila Benavides Linda Irina

En lo referente a características laborales observamos que 16 profesionales reciben un valor de 1001 a 2000 dólares, lo que equivale al 41%. Los años de experiencia profesional oscilan de 4 a 41, siendo la media 19,3 años. El sector donde trabajan la mayor parte de los médicos es en el privado con un número de 25 que corresponde al 62% de la muestra. El tipo de contrato que predomina es el de nombramiento con un 42.5%. En la jornada laboral se constata que existen profesionales que trabajan en jornada parcial de 4 horas y otros que laboran hasta 12 horas diarias, siendo el promedio de la muestra 8.3 horas de trabajo. La media de número de pacientes atendidos diariamente es de 23.3.

En lo relacionado a recursos institucionales 26 profesionales (66,7%) considera que las instituciones donde laboran cuentan con todos los recursos necesarios para la atención de los pacientes. En lo que tiene que ver con turnos, 20 médicos, es decir el 51.3% de la muestra realiza su jornada en un solo turno y 19 médicos que equivale al 48,7% laboran más de un turno en el día. Una persona no contestó esta pregunta, así que la referencia aquí son 39 personas lo que denota una diferenciación mínima entre quienes trabajan o no en turnos.

En la tabla 3, a partir de una escala de estimación, se obtienen datos sobre la percepción que tienen los médicos de la valoración de familiares y personal de la Institución donde laboran.

Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.

		Profesión	
		Médico	
		N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	1	2.7%
	Poco	2	5.4%
	Bastante	20	54.1%
	Totalmente	14	37.8%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	1	2.8%
	Poco	3	8.3%
	Bastante	21	58.3%
	Totalmente	11	30.6%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%
	Poco	1	2.5%
	Bastante	25	62.5%
	Totalmente	14	35.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	0	0.0%
	Poco	8	20.5%
	Bastante	19	48.7%
	Totalmente	12	30.8%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%
	Poco	1	2.5%
	Bastante	11	27.5%
	Totalmente	28	70.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	3	7.7%
	Poco	0	0.0%
	Bastante	10	25.6%
	Totalmente	26	66.7%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	1	2.5%
	Poco	4	10.0%
	Bastante	17	42.5%
	Totalmente	18	45.0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%
	Poco	2	5.0%
	Bastante	20	50.0%
	Totalmente	18	45.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%
	Poco	3	7.5%
	Bastante	13	32.5%
	Totalmente	24	60.0%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	1	2.5%
	Poco	15	37.5%
	Bastante	19	47.5%
	Totalmente	5	12.5%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Dávila Benavides Linda Irina

Los resultados sobre la percepción que tienen los profesionales sobre la valoración muestran que el 54.1% se sienten “bastante” valorados por sus pacientes, el 58.3% se siente bastante valorado por los familiares de los pacientes, el 62,5%, se sienten bastante valorados por sus compañeros, el 47,5% se siente bastante valorados por los directivos de la institución. En general la mayoría de los médicos se sienten bastante o totalmente valorados por las personas con las que se relacionan en el ámbito laboral.

En la escala de satisfacción, el 70% de los médicos se siente totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, el 66.7% se siente totalmente satisfecho en su interacción con los pacientes, el 45% está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución el 50% está bastante satisfecho con la colaboración de los compañeros en el trabajo, el 60% se siente totalmente satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional, el 47.5% está bastante satisfecho con su situación económica y un considerable porcentaje 37,5% se siente poco satisfecho con su situación económica.

En la tabla 4 analizaremos los niveles altos de las dimensiones: agotamiento emocional y despersonalización y los niveles bajos de: realización personal.

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

		Profesión	
		Médico	
		N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	21	52.5%
	Medio	11	27.5%
	Alto	8	20.0%
Despersonalización	Bajo	30	75.0%
	Medio	6	15.0%
	Alto	4	10.0%
Realización personal	Bajo	25	62.5%
	Medio	7	17.5%
	Alto	8	20.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Davila Benavides Linda Irina

En este apartado observamos el 52,5% de los médicos obtuvo bajos niveles de agotamiento emocional; el 75% puntuó bajo en la escala despersonalización y el 62,5% de los profesionales obtuvieron bajos niveles de realización personal.

En la tabla 5, evidenciaremos según el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) el número de casos de Burnout en la muestra investigada.

Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

		Profesión	
		Médico	
		N	% de columna
Burnout	No presencia	40	100.0%
	Presencia	0	0.0%

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

Elaborado por: Dávila Benavides Linda Irina

Según la información de la aplicación del MBI podemos evidenciar que no existen casos de burnout en la muestra investigada.

En la tabla 6, se evidencia el estado emocional de los profesionales de salud en las escalas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión.

Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión	
		Médico	
		N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	31	77.5%
	Caso	9	22.5%
Ansiedad	No caso	31	77.5%
	Caso	9	22.5%
Disfunción social	No caso	38	95.0%
	Caso	2	5.0%
Depresión	No caso	40	100.0%
	Caso	0	0.0%

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

Elaborado por: Dávila Benavides Linda Irina

Los resultados relacionados con el estado de salud y malestar emocional nos muestran que el 77,5% de los profesionales no padecen síntomas somáticos ni ansiedad, el 95% de la muestra no presenta disfunción social y no existió ningún caso de depresión.

En la tabla 7 nos muestra cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los profesionales de salud de la muestra investigada.

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

	Profesión			
	Médico			
	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1.4	1.7	6.0	.0
Afrontamiento activo	2.3	2.1	6.0	.0
Negación	.6	1.2	5.0	.0
Uso de sustancias	.0	.2	1.0	.0
Apoyo emocional	1.0	1.6	5.0	.0
Apoyo instrumental	1.1	1.9	6.0	.0
Retirada de comportamiento	.7	1.3	6.0	.0
Desahogo	1.0	1.5	5.0	.0
Replanteamiento positivo	2.3	2.1	6.0	.0
Planificación	2.0	2.0	6.0	.0
Humor	1.2	1.8	6.0	.0
Aceptación	2.8	2.1	6.0	.0
Religión	2.9	2.4	6.0	.0
Culpa de sí mismo	1.4	1.8	6.0	.0

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

Elaborado por: Dávila Benavides Linda Irina

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los médicos son: religión con una media de 2.9, aceptación 2.8, afrontamiento activo y replanteamiento positivo con un 2.3 y planificación con una media de 2.0

En la tabla 8 encontramos el apoyo social con el que cuentan los profesionales de salud de la muestra.

Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

	Profesión			
	Médico			
	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	79.6	21.6	100.0	30.0
Apoyo instrumental	77.3	23.5	100.0	20.0
Relaciones sociales	84.1	19.7	100.0	35.0
Amor y cariño	88.3	19.7	100.0	20.0

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Dávila Benavides Linda Irina

Según la información relacionada con la escala de apoyo social, los profesionales de salud puntúan más alto en amor y cariño con una media de 88.3, seguido de relaciones sociales 84.1, continuando con apoyo emocional 79.6 y por último apoyo instrumental con una media de 77.3.

La tabla 9 nos muestra los rasgos de personalidad: neuroticismo, extroversión y psicoticismo que caracterizan la muestra investigada.

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

	Profesión			
	Médico			
	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1.7	1.8	6.0	.0
Extroversión	4.2	1.7	6.0	.0
Psicoticismo	1.6	.8	3.0	.0

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

La aplicación del cuestionario EPQR-A a los profesionales de salud nos da como resultados una media de 4.2 en extroversión, seguido de 1.7 en neuroticismo y por último de 1.6 en psicoticismo.

La tabla 10 da resultados sobre la correlación posible entre la variable: Años de experiencia y las dimensiones del Burnout.

Tabla 10. Correlaciones entre años de experiencia y dimensiones de Burnout.

	Años de experiencia		
	<i>r</i>	<i>p</i>	N
Agotamiento emocional	-.372*	.023	37
Despersonalización	-.452**	.004	38
Realización personal	.241	.151	37

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

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

Se puede observar una correlación significativa entre años de experiencia y agotamiento emocional, $r(37) = -.372$, $p = .023$. Por lo tanto, mientras más años de experiencia cumplan los profesionales de la salud evaluados, menor será su agotamiento emocional. Por otro lado, entre años de experiencia y despersonalización existe una correlación muy significativa con estas variables, $r(38) = -.452$, $p = .004$. Por lo tanto, mientras más años de experiencia tengan los evaluados, menor será su despersonalización. Cabe mencionar que no existe una correlación entre años de experiencia y realización personal.

2.11. Discusión

El objetivo de la investigación es identificar la prevalencia del síndrome de Burnout y la influencia de los años de experiencia profesional en médicos/as, de dos instituciones privadas ubicadas al norte y sur de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017. Para este propósito se ha tomado en consideración los resultados de los instrumentos aplicados: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS] versión española de seis dedos (1997), cuestionario de salud mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979), escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (Brief COPE; Carver, 1997), cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. EPQR-A; (Francis, Brown y Philipchalk, 1992; versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999), el cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).

Con relación al primer objetivo específico que es identificar la caracterización sociodemográfica y laboral de la muestra investigada, se identificó que el 58% de los profesionales de la salud son hombres, mientras que el 42% son mujeres, indicando una prevalencia del género masculino en el servicio sanitario; estos resultados son similares a los obtenidos en otras investigaciones en hospitales de diferentes ciudades del Ecuador (Arévalo, 2016; Bermeo, 2013; Cantos, 2013; Guerrero y Romero, 2012; Jaramillo, 2012; Mora, 2016) sin embargo, difiere de la tendencia actual donde en varios países va aumentando la presencia femenina de médicos en formación, esto se ha constatado en estudios similares (Arpi, 2017; Freire, 2017) donde ya se ve un aumento considerable de presencia femenina.

En universidades del país como la Universidad Central del Ecuador (UCE) y otras de España, Colombia, Argentina, ya se habla de una feminización de la medicina debido a una mayor demanda de estudiantes mujeres. Este fenómeno acarrea nuevos desafíos en lo relacionado al Género y su incidencia en el desarrollo del Burnout ya que las hipótesis son diversas, varias investigaciones afirman que no influye, otras que las mujeres estarían más propensas debido a la necesidad de confluir responsabilidades laborales y de índole familiar y otras afirman que las mujeres son menos vulnerables debido a que utilizan estrategias de afrontamientos eficaces.

La media de la edad es 45,8 donde se puede constatar que en su mayoría son profesionales de alta experiencia y la edad de la muestra oscila de 27 a 67 años. Datos similares se presentan en estudios realizados en otras ciudades como en un hospital de Guaranda donde la media de edad era de 42 y las edades de 26 a 65 (Falconí, 2012) y otros estudios realizados en España como en Mallorca donde la media era de 42,4 años (Esteva, Larraz y Jiménez, 2006) o en Salamanca 44,67 (Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez, 2013). Se puede observar una diferencia significativa con otros estudios donde la media fue de 35,1 (Herrera, 2017) o de 32 (Apolo, 2017)

I Grau, de Diego y Tomás (2004) describen como conclusión de su estudio con personal sanitario que la edad no tiene incidencia en el desarrollo de Burnout. Esta afirmación es sustentada por Ávila, Gómez y Montiel (2010) en su investigación realizada con profesionales de la salud en Colombia y el Caribe; Ávila et al. (2010) concuerdan en que la edad no tiene una relación directamente proporcional al desarrollo de Burnout, sin embargo, si se asocia a otras variables puede tener cierta influencia. Estos resultados difieren de una investigación realizada en Córdoba, España donde se describe que la edad influye en el Burnout sobre todo en la dimensión de agotamiento emocional, la cual aumenta al avanzar la edad. (Ruiz, I. y Llorent, V, 2016) En otra investigación realizada con profesionales de la salud en un Hospital de Paraguay, los resultados arrojaron un porcentaje considerable de casos de Burnout en menores de 35 años. Alfonso, S., Ferreira, M. y Díaz, C. (2015). Estos datos manifiestan que no se puede concluir sobre la edad y su incidencia en el SB aunque la tendencia más marcada es que su influencia se da en relación con otras variables.

En lo relacionado a número de hijos, se muestra una media de 1,7 en una escala de 0 a 4. Resultados similares mencionan Guerrero y Romero (2013) en su estudio en hospitales de SOLCA de diferentes ciudades del Ecuador y no encuentran una correlación significativa con el desarrollo del SB, al contrario, citan que la presencia de hijos puede ser una estrategia de protección en el manejo de conflictos. Otras investigaciones muestran que esta variable de la mano con la variable género pueden estar correlacionadas con el desarrollo del SB ya que en la dinámica familiar común donde la mujer es la encargada del cuidado de los hijos, ella debe conciliar sus responsabilidades laborales y familiares por lo que pueden sentirse en ocasiones desbordadas y propensas al desgaste emocional. (Castañeda y García de Alba, 2010)

El grupo racial mayoritario es el mestizo, cifra que corresponde al 87% y que concuerda con la estadística del INEC (2015) donde la mayoría de los ecuatorianos se identifican con dicha etnia. Considerando el estado civil, los casados participaron con el 69%, mientras que los solteros representan el 23%, concordando con estudios similares (Apolo, 2017; Sánchez, 2012) donde el porcentaje de casados prevalece al de solteros. Estudios como el de Ruiz y Llorent (2016) no encuentran una correlación significativa entre el tener o no una pareja estable y la propensión a desarrollar SB, sin embargo encontraron cierta relación con la dimensión de despersonalización mayor para el profesional casado.

En cambio, con relación a las características laborales se identificó que el 41% de los profesionales de la salud reciben un salario de \$1.001,00 a \$2.000,00, mientras que el 31% percibe un sueldo entre \$2.001,00 a \$3.000,00, laborando la mayor parte de estos profesionales en el sector privado. Estos datos tienen similitud con los resultados de estudios de Cantos (2013) y López (2013) donde los rangos son de 1001,00 a 3000,00; difieren de los resultados emitidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, 2016) que coloca un sueldo promedio de los médicos de 3000 a 4000 dólares.

En un estudio realizado en España con 235 profesionales de salud con una prevalencia del 74% de SB, solo el 10% identifican un aumento de su remuneración salarial o mayores incentivos económicos, como una estrategia para mejorar su situación y para el 57% era más importante contar con más tiempo de atención a los pacientes y tiempo personal, es decir, no tener sobre ellos demasiada "presión asistencial" (Martínez de la Casa et al., 2003) Este estudio difiere de otro realizado en Perú donde mientras mayor es la percepción de un sueldo justo, existe mayor satisfacción laboral y por lo tanto menor riesgo de desarrollar SB (Maticorena, Beas, Anduaga y Mayta, 2016) Este resultado es similar a la conclusión de Toledo (2012) al referirse al 3,33% que desarrolló SB según su estudio realizado en un hospital de Quito y una de las condiciones más incómodas era la baja remuneración, la percepción de poca valoración y falta de incentivos económicos en el trabajo.

La media de experiencia profesional es de 19,3 años con un mínimo de 4 y máximo de 41 esto muestra diferencias significativas con otros estudios realizados en el Ecuador cuya media de años de trabajo varía de 7,3 a 12 años (Arpi 2017; Cantos, 2013; Freire, 2017; Herrera, 2017) es decir que existe una población adulta joven con una baja cantidad de años de experiencia.

Algunos estudios muestran una correlación significativa entre años de experiencia y desarrollo del SB; Pacheco (2013) en un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Loja expresa que se presentó mayor cantidad de casos en profesionales con menos experiencia, esto puede darse debido a las expectativas a las que se ven expuestos, poca experiencia, sobre-exigencia personal y del entorno, sensación de no estar lo suficientemente capacitado, etc. Otros estudios afirman que no existe relación significativa de esta variable con el SB (I Grau et al., 2004; Ávila et al., 2010)

Tomando en cuenta que las instituciones donde se tomaron las muestras son privadas, los resultados muestran un alto porcentaje que labora solo en dicho sector 62,5% sin embargo, una población considerable correspondiente al 32,5% presta sus servicios en 2 o 3 instituciones considerando el sector público, privado y la consultoría particular.

Un 42,5% del total de la muestra trabaja con nombramiento y un 33% por servicios profesionales, estos datos concuerdan con los estudios realizados por Apolo (2017) y Ramírez (2015) donde afirman que el personal trabaja bajo la modalidad de nombramiento o contrato indefinido en un 49,5% y 29% respectivamente y difiere de Herrera (2017) en cuyo estudio predomina el tipo de contrato ocasional con un 52%. Según Solórzano y Tapia (2013) el tipo de relación laboral no es un factor determinante en la aparición del síndrome; en su estudio realizado en un hospital de la ciudad de Quito, los resultados mostraron personal con Burnout o con tendencia a adquirirlo teniendo diferentes tipos de relación laboral como contrato indefinido, a tiempo parcial, ocasional, etc. Es importante tomar en cuenta estos resultados ya que la estabilidad laboral es una variable aparentemente significativa en el desarrollo del síndrome.

La media de horas de trabajo es 8,4 y la media de pacientes atendidos por día es de 23,3. Vale recalcar que algunos médicos de la muestra investigada trabajan en áreas administrativas y no contabilizaron atención a pacientes; sin embargo algunos especialistas apuntaron números altos como 30, 35 incluso una especialista afirmó atender alrededor de 70 pacientes diarios. Se puede inferir que el 10% de despersonalización que resultó en el estudio corresponda precisamente a quienes tienen mayor cantidad de pacientes ya que tomando el caso de la especialista, aunque trabaje las 12 horas, da un promedio de 3,5 minutos por paciente lo que implica una interacción mínima con ellos.

Existen datos que corresponden a otros estudios realizados en hospitales del país como el de Solórzano y Tapia (2013) que muestran un promedio de horas de 7,7 y 17 pacientes diarios por médico o el de López (2012) con 8 horas de trabajo y 20 pacientes diarios.

Así mismo, Borda Pérez, et al. (2007) en un estudio a médicos internos de un hospital de Chile, concluyó que existe una relación directa entre horas de trabajo y las variables de agotamiento emocional y despersonalización al verificar un aumento del 83% entre quienes pasaban las 60 horas semanales. Pérez, (2014) en su estudio realizado en México concluyó que la sobrecarga de trabajo incidía directamente en el desarrollo de Burnout, es decir, que a mayor cantidad de horas de trabajo y número de pacientes atendidos, mayor era el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Ávila et al., (2010) también encontró una correlación significativa entre horas de trabajo y agotamiento emocional.

En lo relacionado a los recursos, en general existe la percepción de que las instituciones cuentan con lo necesario para desenvolverse en su trabajo, el 67% percibe que esto se da totalmente, el 27% lo percibe medianamente y solo el 2% cree que la institución no le provee nada de lo necesario para su trabajo. El 51,3% trabaja en un solo turno y el 48,7 afirma trabajar en más de uno.

El segundo objetivo de esta investigación es analizar las dimensiones del Burnout en la muestra estudiada; en los resultados del MBI, se pudo observar que un 20% de profesionales tiene un alto nivel de agotamiento emocional; en esta dimensión un estudio similar realizado a 1.021 médicos especialistas en España reveló resultados similares de entre el 11,7 y el 22,4% (Escribá et al., 2008) En Colombia un estudio realizado a 227 profesionales dio como resultado que el 39,1 puntuó alto en esta dimensión (Agudelo et al., 2011) En un hospital de Perú con una muestra de 54 participantes se arrojó el 12,97% (Vásquez, Maruy y Verne, 2014). En un estudio realizado en Argentina con médicos que laboran en UCI pediátricos reflejó un 35% con alto nivel de agotamiento emocional (Galván et al., 2012) En el Ecuador, estudios similares reflejaron el 17,6% (Ramírez, 2015) y el 20,8% (Trujillo, 2011)

En la dimensión de despersonalización un 10% presentó alto nivel; estas cifras difieren de otras investigaciones que encontraron niveles mayores de despersonalización como de 41,9% (Agudelo et al., 2011) en Perú un 11,12 (Vásquez et al. 2014). En el Ecuador se reflejan resultados mayores 13,6% y 16,7% de Ramírez (2015) y Trujillo (2011) respectivamente.

Con relación al nivel de realización personal, un 20% obtuvo un alto nivel frente al 63% de los profesionales investigados que puntuó bajo. En los estudios citados en el párrafo anterior se difiere de Agudelo et al. (2011) que arroja resultados de un 68% alto y 32% bajo; Vásquez et al. (2014) reveló que puntuó bajo el 14,81% y alto el 62,97%. En el Ecuador, el estudio de Trujillo (2011) puntuó bajo el 34,4% y alto el 20%; en el de Ramírez (2015) el 18,2% puntuó bajo y el 61,2% puntuó alto.

Ninguno de los profesionales presentó síndrome de Burnout. Estos resultados difieren de otros estudios realizados en el Ecuador donde se muestra una incidencia del 5,2% al 36,4% (Apolo, 2017; Herrera, 2017; Ramírez, 2015; Trujillo, 2011) En una investigación realizada en Colombia se dio como resultado el 29,3% de prevalencia de SB (Ávila et al 2010) mientras que en Perú puntuó el 3,7 en dos estudios realizados en un hospital de Lima (Vásquez et al. 2014) y en otro estudio realizado con una muestra mayor se confirman estos resultados (Maticorena et al. 2016)

Con relación al tercer objetivo que es determinar el estado de salud física y emocional de la población investigada, se pudo conocer que el 22,5% de la muestra de profesionales de la salud presentaron síntomas somáticos y ansiedad frente a un 77,5% que no presenta ninguna de las dos variables, mientras que apenas el 5% de la muestra presentó disfunción social y ninguno de ellos sufrió depresión, lo que evidenció un estado de salud física y emocional equilibrado, en estos profesionales. Estos resultados son similares con otros estudios realizados en el Ecuador (Apolo, 2017; Herrera, 2017; López, 2010) donde los porcentajes de estas variables no fueron significativos. En un estudio realizado en Quito se presentaron diferencias en la escala de síntomas somáticos donde el 57% los presentó y el 71% presentó ansiedad, nadie puntuó en la escala de disfunción social y coincidieron en depresión ya que ninguno de los participantes la presentó (Toledo, 2012) En otro estudio realizado también en Quito, el 39% presentó síntomas somáticos; el 32% presentó ansiedad y el 4% presentó depresión. (Jaramillo, 2012)

En un estudio con profesionales de la salud en Salamanca un 34,9% de los participantes presentó síntomas somáticos, como dolores de cabeza o sensación de cansancio; un 51,4% presentó ansiedad e insomnio; un 3,1% manifestó síntomas de disfunción social o percepción de insatisfacción con lo que se realiza, sensación de inutilidad y falta de valía hacia el propio trabajo y hacia diferentes roles vitales, y un 4,3% indicó tener sentimientos de depresión o desesperanza. (Flores, Jenaro, Cruz, Vega, y Pérez, 2013)

Respondiendo al cuarto objetivo específico, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los profesionales de salud frente a situaciones conflictivas fueron la religión (2,9), aceptación (2,8), afrontamiento activo (2,3) replanteamiento positivo (2,3) y la planificación (2), de modo que estos mecanismos son utilizados para manejar el estrés y evitar el desarrollo de SB. Estos resultados concuerdan con datos del INEC (2015) que indican que en el Ecuador un 97% de las personas profesan alguna creencia religiosa y con otro estudio realizado por Cubillos (2017) en Hospitales de Guayaquil que daban resultados similares teniendo como estrategias más utilizadas la religión, el afrontamiento activo y el replanteamiento positivo. Herrera (2017) ubica la “aceptación” como la segunda estrategia más utilizada siguiéndole a reinterpretación positiva, mientras que afrontamiento activo fue la más utilizada en el estudio de Apolo (2017). También existen coincidencias con Toledo (2012) cuyos resultados reflejan como estrategias más aplicadas el Afrontamiento Activo, la Planificación, la Aceptación y el Replanteamiento Positivo.

Con relación al quinto objetivo que es identificar el apoyo social y los vínculos significativos: familia, amigos, compañeros de trabajo con los que cuentan los profesionales de la salud, se pudo observar que el personal investigado revela la importancia que tiene en sus vidas el afecto y los vínculos cercanos con quien compartir para superar las situaciones estresantes y mantener un rendimiento adecuado; la puntuación más alta la obtuvo amor y cariño con un promedio de 88,3%, mientras que las relaciones sociales tienen una participación del 84,1%, el apoyo emocional representó el 79,6%, el apoyo instrumental el 77,3%. Estos datos se asemejan a otros estudios realizados en el país que puntúan alto en estas dimensiones: amor y cariño de 64% a 87%, relaciones sociales de 71% a 85%, apoyo emocional de 64% al 80%, apoyo instrumental del 63% al 77% y (Apolo, 2017; Jaramillo, 2012; Toledo, 2012)

Frente al sexto objetivo: Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de las instituciones sanitarias investigadas, el cuestionario de personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado, dio a conocer una media de 4,2 en extroversión, muy por encima del neuroticismo 1,7 y psicoticismo 1,6, por lo que se evidenció rasgos positivos de la personalidad del personal investigado. Jaramillo (2012) arrojó resultados similares: 4,29 para extroversión, 1,21 para neuroticismo y 1,18 para psicoticismo. Difiere con el estudio de Toledo (2012) que muestra resultados más altos en Neuroticismo (3) y Psicoticismo (2), concuerdan en Extroversión ya que la puntuación es 4.

Como último objetivo específico, al relacionar los años de experiencia profesional con la prevalencia del síndrome de Burnout en la muestra investigada, se pudo conocer que existe una correlación significativa entre el agotamiento emocional y los años de experiencia, es decir, que conforme avance el tiempo de trabajo, será menor el agotamiento emocional; el mismo tipo de correlación se da entre la variable años de experiencia y la dimensión de despersonalización. En un estudio realizado en España se encontró que a mayor tiempo de profesión se han dado menos actitudes de despersonalización.

Vásquez et al., 2014 afirma que las personas con mayor experiencia no cuentan con el estrés del comienzo y han adquirido un ritmo acorde a su propio estado mientras que a menor experiencia puede existir inseguridad, temor, presión por expectativas creadas, sensación de incapacidad, etc. que puede influenciar en el estado emocional y en el trato a los pacientes de manera negativa y esto progresar en ansiedad, sentimiento de desvaloración, depresión y como consecuencia desembocar en un estado de síndrome de Burnout. Vale recalcar que otros estudios afirman lo contrario, es decir, que las personas con mayor experiencia profesional son más proclives a distanciarse emocionalmente de los pacientes.

Con relación a la realización personal no existe una correlación significativa y la puntuación baja puede ser causada por la inconformidad con la remuneración, incentivos económicos, reconocimientos, esto fue expresado por varios de los profesionales ya que sobre todo en instituciones sin fines de lucro como son los casos de las instituciones donde se aplicaron los cuestionarios, los son limitados.

Así, también existen investigaciones donde no existe una correlación significativa entre la experiencia profesional y ninguna de las dimensiones para el desarrollo del SB (Ávila, et al., 2010; Vásquez et al., 2014)

CONCLUSIONES

Las características personales de los profesionales de Salud evidenciaron que la mayoría son varones, el grupo racial mayoritario es el mestizo, existe una prevalencia del estado civil "casado" frente al de "soltero". El promedio de hijos es de 1,7.

Las características laborales identificaron que la población mayoritaria gana un salario de \$1.001,00 a \$3.000,00, laborando la mayor parte en el sector privado, con nombramiento y por servicios profesionales, en varios turnos.

Se observó un bajo nivel de agotamiento emocional en más de la mitad de los profesionales de la salud, tres cuartas partes presentaron bajo nivel de despersonalización y las dos terceras partes presentó un bajo nivel de realización personal; solo la quinta parte tiene alto nivel de agotamiento emocional y alto nivel de despersonalización mientras que apenas una tercera parte presenta un alto nivel de realización personal. Con estos resultados ninguno de los profesionales presentó síndrome de Burnout.

La cuarta parte de los profesionales de la salud presentaron síntomas somáticos y ansiedad, mientras que un porcentaje bajo fue diagnosticado con disfunción social y ninguno de ellos sufrió depresión, evidenciando un estado de salud física y emocional equilibrado.

Los profesionales de la Salud aplican algunas estrategias de afrontamiento para solucionar los conflictos que se le presentan, como la religión, aceptación, afrontamiento activo, replanteamiento positivo, la planificación, y así evitar el síndrome de Burnout. Y, estimaron que el amor, el cariño, las interrelaciones, el contar con apoyo emocional e instrumental, los vínculos familiares, de amistad y entre pares son imprescindibles para mantener la salud mental.

El rasgo de personalidad predominante en los profesionales de las instituciones sanitarias investigadas, es la extroversión, muy por encima del neuroticismo y psicoticismo.

Existe una correlación significativa entre el agotamiento emocional y los años de experiencia de forma inversamente proporcional, es decir, que conforme avance el tiempo de trabajo, disminuirá el agotamiento emocional; lo mismo pasa con la dimensión de despersonalización, mientras más años de experiencia, menor será el nivel de despersonalización. Se concluye también que no existe una correlación significativa entre

la dimensión de realización personal con los años de profesión, aunque exista una tercera parte de la muestra investigada que puntúe alto en realización personal. Esto se puede deber a otros factores como inconformidad con el salario (fue nombrado por la mayoría de los médicos), cantidad de horas de trabajo, número de pacientes, relaciones poco satisfactorias con las autoridades o compañeros de trabajo.

RECOMENDACIONES

a. Instituciones de Salud

Incorporar en sus planes corporativos, ejercicios físicos y mentales para que los empleados minimicen el riesgo de despersonalización y agotamiento emocional para que se potencie su nivel de realización personal.

Informar a la ciudadanía sobre la existencia del síndrome de burnout, sus causas y consecuencias en el contexto de atención sanitaria.

b. Gerentes de Talento Humano

Realizar investigaciones específicas enfocadas a las diversas variables para determinar si existen riesgos de desarrollar SB y planificar acciones que minimicen el riesgo de estrés laboral y otras consecuencias negativas que deterioren el bienestar del personal.

c. Profesionales de la Salud

Practicar hábitos saludables para evitar el padecimiento de SB, a través de: rutina física, esparcimiento mental, erradicando el sedentarismo (ejercicio) y los buenos hábitos alimenticios.

Aplicar estrategias de afrontamiento para solucionar los conflictos laborales, como: desarrollo psico-espiritual (oración, meditación, contemplación, etc.); afrontamiento activo; replanteamiento positivo; y, la planificación de consecuentes.

Buscar actividades de conocimiento, integración y colaboración entre el personal que labora en las instituciones para desarrollar vínculos significativos que se conviertan en referentes de apoyo emocional.

Participar en capacitaciones donde se fomenten rasgos positivos para la relación entre compañeros, clima de laboral, disminución de tensiones, estrechamiento de vínculos, trabajo en equipo, etc.

Considerar la posibilidad de consultar con un guía espiritual, coach o interventor en Salud Mental que demuestre serenidad, humanidad y buenas relaciones interpersonales quien le brinde asesoría y/o consejería, alivio sintomático o herramientas para afrontar conflictos.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, C., Castaño, J., Arango, C., Durango L., Muñoz, V., OspinaA., ... y Taborda, J. (2011). *Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia)*. *Archivos de Medicina (Col)*, 11(2).

Alfonso, S., Ferreira, M. y Díaz, C. (2015) *Síndrome de burnout en residentes de especialidades médicas. Hospital Central dr. Emilio Cubas del IPS*. Revista de Investigación Científica en Psicología Órgano Oficial de.

Álvarez, C. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Instituto del cáncer*. Cuenca, Ecuador: UTPL: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5164/3/Alvarez%20Avila%2C%20Carlos%20Jovany%20-%20Tesis.pdf>.

Andrade, L. (2016). *Guía didáctica Seminario de fin de titulación*. Loja, Ecuador: Ediloja.

Apiquian, A. (2014). *El Síndrome del Burnout en las empresas*. México: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-28861/sindrome%20burnout.pdf>.

Apolo Apolo, Nathaly Gissela. (2017). *Síndrome de Burnout y su relación con las variables laborales en el personal de salud en una institución pública de la ciudad de Machala durante el año 2016-2017*. UTPL, Loja <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/17528>

Arévalo, K. (2016) *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja*.UTPL. Quito: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/16406>

Arpi, N. (2017). *Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con número de pacientes atendidos en profesionales de la salud en la ciudad de Cuenca*. UTPL, Cuenca, Ecuador: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/20741>

Ávila, J., Gómez, L. y Montiel, M. (2010) *Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud*. *Pensamiento psicológico*, 8 (15).

Báez, C. (2014). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias y buenas prácticas*. Madrid, España: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>.

Barrios, E., Robles, W., & García, C. (2012). *Causas del Síndrome de Burnout. "Prevención mediante una plataforma moodle" Los Galácticos Universidad Interamericana para el desarrollo*. Perú: https://issuu.com/erik-barrios/docs/trabajo_de_investigacion_en_platafo.

Beltrán, C. A., & Moreno, M. P. (2010). *Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito*, México. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(3), 510-522.

Bermeo, T. (2013). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en Instituciones de Salud de las ciudades de Ibarra (Hospitales IESS de Ibarra y Clínica Metropolitana), Quito y Otavalo (Consultorios Particulares)*. UTPL, Ibarra. 102 pp <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/7582>

Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K., & Ruiz Sará, J. (2007). *Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte*. Salud Uninorte, 23(1).

Cáceres, G. (2016). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar*. Madrid, España: <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>.

Cantos, A. (2013). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital de Seguro Social de Latacunga IESS y Clínica Continental de la ciudad de Latacunga provincia de Cotopaxi Año 2012*. UTPL, Latacunga. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/7588>

Cañon, W. (2012). *El Método científico en las ciencias de la salud*. Colombia: Universidad de Santander.

Castañeda, E y García de Alba, J. (2010). *Prevalence Of Burn-out Syndrome In Mexican Family Physicians: Analysis of Risk Factors*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(1), 67-84.

Cubillos Andrade, Yolanda. (2017). *Prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con la extroversión, en médicos y enfermeras de dos instituciones privadas, ubicadas al norte de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2016-2017*. UTPL, Samborondon <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/21032>

Díaz Ruiz, S. M. (2013). *Satisfacción laboral y síndrome de Burnout entre el personal de un policlínico y el de una comunidad local de administración de salud, distrito La Victoria, Chiclayo, 2012*. Perú: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/329>

El Sahili González, L. F. (2015). *Burnout: Consecuencias y soluciones*. Mexico: El Manual Moderno. Obtenido de <https://books.google.es/books?id=zrqsCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Burnout+Consecuencias+y+soluciones&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi9i73q3ZLWAhUB8CYKHT0cCtQ6AEIjAA#v=onepage&q=Burnout%20Consecuencias%20y%20soluciones&f=false>

El Telégrafo. (2014). *Cuenca constituye la ciudad que más cautiva a los jubilados extranjeros*. Guayaquil, Ecuador: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/cuenca-constituye-la-ciudad-que-mas-cautiva-a-los-jubilados-extranjeros>.

Escribá, V., Artazcoz, L., & Pérez, S. (2008). *Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas*. Gaceta Sanitaria, 22(4), 300-308.

Espinoza, F. (2014). *Teoría Burnout*. Colombia: <http://www.authorstream.com/Presentation/darwin163864-2475903-teoria-burnout/>.

Esteva, M., Larraz, C., & Jiménez, F. (2006). *La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo*. Revista clinica española, 206(2), 77-83.

Falconí, R. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el hospital del Seguro Social de la ciudad de Guaranda durante el año 2012.* UTPL, Guaranda, Ecuador: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/5206>

Farfán, E. (2013). *Modelos explicativos del síndrome de Burnout.* Quito, Ecuador: <http://www.estres.edusanluis.com.ar/2013/09/modelos-explicativos-del-sindrome-de.html>.

Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V. y Pérez, M. (2013). *Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios.* *Pensando Psicología*, 9(16), 7-21.

Forbes, R. (2012). *El Síndrome de Burnout: síntomas causas y medidas de atención en la empresa.* España:

http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf.

Freire, M. (2017). *Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de Salud (Médicos y Enfermeras) y su relación con el apoyo emocional en una Institución Pública del Sector de Cayambe y Pedro Moncayo durante el Año 2016 - 2017.* UTPL, Cayambe, Ecuador <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/20843>

Galván, M. E., Vassallo, J. C., Rodríguez, S. P., Otero, P., Montonati, M. M., Cardigni, G., ... & Sarli, M. (2012). *Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina.* *Archivos argentinos de pediatría*, 110(6), 466-473.

Gil-Monte, P. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención.* Madrid, España: Universidad de Madrid.

Gil-Monte P., & Moreno, B. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar.* Madrid, España: Pirámide.

Gil Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo.* *Anales de psicología*, 15(2).

Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). *Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional.* *Psicothema*, 11(3), 679-689.

González, L. (2015). *Burnout Consecuencias y Soluciones.* México : Ed. El Manual Moderno
Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=zrqsCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Luis+Felipe+Ali+El+Sahili+Gonz%C3%A1lez%22&hl=es419&sa=X&ve>.

Grau, J. B., de Diego Vallejo, R., & Tomás, E. A. (2004). *El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral.* *Psicothema*, 16(1), 125-131.

Guerrero, A. y Romero, N. (2013). *Identificación del síndrome de Burnout y su relación con variables sociodemográficas y laborales en médicos y enfermeras de SOLCA Guayaquil, Loja, Machala y Zamora durante el año 2012.* UTPL, Loja: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/6425>

Herrera Vázquez, Lorena Sabrina. (2017). *Síndrome de Burnout en relación a variables moduladoras en personal de salud de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja*. UTPL, Loja <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/17501>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2012). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Jaramillo, A. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en la Clínica Universitaria San Francisco de Quito*. Quito, Ecuador: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/5211>

López, M. (2012). "Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Estudio realizado en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito durante el año 2012." UTPL, Quito. pp. 221. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/3660>

López, V. (2013). *Rasgos, Trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de Burnout*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid: <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>.

Mansilla, F. (2013). *El Síndrome de Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. Colombia: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_8.shtml.

Martínez de la Casa, Del Castillo C., Magaña, E., Bru, I. Franco, A. y Segura, A. (2003). *Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina*. Atención primaria, 32(6), 343-348.

Martínez-Mezo, G. L. (2017). Burnout y salud mental en los médicos de Málaga. <https://hdl.handle.net/10630/15155>

Maticorena, J., Beas, R., Anduaga, A. y Mayta, P. (2016). *Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú*, ENSUSALUD 2014. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 241-247.

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Montejo, E. (2014). *El Síndrome del Burnout en el profesorado de la ESO*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid: <http://eprints.ucm.es/28333/1/T35729.pdf>.

Mora, C. (2016). *Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno en el Ecuador*. UTPL, Loja, Ecuador: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/14340>

Morales, J. (2014). *La teoría del intercambio social desde la perspectiva del Blau*. España: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=665741>.

Moreno, B. (2014). *Degastes profesional (Burnout) Personalidad y Salud percibida*. Madrid, España: <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>.

Ocampo, K., & Sánchez, H. (2012). *Identificación del síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con salud mental, personalidad, apoyo social y estilos de afrontamiento en el hospital SOLCA e IESS de la ciudad de Loja*, en. México: Mc Graw - Hill.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Teoría y Técnicas de Desarrollo Organizacional*. Guatemala: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10065/PSDCG-T10_v6.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Ortega C., & López F. (2004). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(1).

Párraga, J. (2015). *Eficacia del programa IRIS para reducir el síndrome Burnout*. Cáceres: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjx6bux7MfVAhVFMYYKHYxDBMQFghNMAU&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Ftesis%2F595.pdf&usq=AFQjCNFFPsmgABIno4R2Prb7x6sCH8f5eQ>.

Pérez, A. (2014). *El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. España: Vivat Academia.

Pérez, J. P. (2014). *Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo*. Estudios Gerenciales, 29(129), 445-455.

Quiroz, A. (2013). *Estudio del Síndrome de Burnout en auxiliares de enfermería de la sala Santa María del Hospital Luis Vernaza de Beneficencia de Guayaquil*. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10461/1/Tesis%20Final.pdf>.

Ramirez, M. (2015). *Burnout en profesionales de la salud en el Ecuador*. Santiago de Compostela, España.

Ramírez, M. R. (2017). *Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador*. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología., 4(1), 241-252.

Ramos, D. (2012). *El clima organizacional, definición, teoría, dimensiones y modelos de Abordaje*. España: [http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2111/1/Monografia %20Clima%20Organizacional.pdf](http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2111/1/Monografia%20Clima%20Organizacional.pdf).

Ruiz, I y Llorent, V. (2016) *El Burnout en los profesionales de la educación que trabajan con personas con discapacidad en Córdoba (España)*. Influencia de las variables laborales.

Schaufeli, W. (2003). *Past performance and future perspectives of burnout research*. Department of Psychology and Research Institute Psychology & Health, Utrecht University, Recuperado de <http://www.sajip.co.za/index.php/sajip/article/viewFile/127/123>

Solórzano, C. y Tapia, M. (2013). *Identificación de Bornout en Profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital de Solca de las ciudades de Quito y Ambato, durante el año 2012..* UTPL, Ambato. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/7600>

Suárez, A. (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del hospital de la Policía Nacional Guayas N° 2*. Guayaquil, Ecuador: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWjk1_2G38fVAhUCZCYKHaqgDBsQFgg2MAI&url=http%3A%2F%2F repositorio.ug.edu.ec%2Fbitstream%2F3818%2F1%2Fcd45%2520Amayra%2520Suarez%2520121113.pdf&usg=AFQjCNG0A3.

Toledo, G. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito*. Quito: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3675/1/TOLEDO%20HERNANDEZ%20G LADYS%20SYLVANA-TESES.pdf>.

Troya, A. (2016). *Estudio comparativo de prevalencia de síndrome de Burnout en estudiantes de pregrado de facultades de psicología y medicina*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12395/S%C3%ADndrome%20de%20Burnout%20en%20estudiantes%20de%20Medicina%20Psicolog%C3%ADa%2C%20E nfermer%C3%ADa%2C%20Nutrici%C3%B3n%20y%20Terapia%20F%C3%ADsica>.

Trujillo, M. (2011) *"Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del hospital de la policía Quito n°1, en las especialidades clínicas, quirúrgicas y críticas, asociado a características sociodemográficas, medioambientales y consumo de sustancias moduladoras en los meses de septiembre y octubre del 2011"*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4454>

Valdera, L. (2016). *Relación entre dimensiones del Burnout y calidad de sueño en licenciados y técnicos de enfermería*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/483/Relaci%C3%B3n%20entre%20d imensiones%20del%20Burnout%20y%20calidad%20de%20sue%C3%B1o%20en%20lice nciados%20y%20t%C3%A9cnicos%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20una%20c>.

Vásquez, J. , Maruy, A., & Verne, E. (2014). *Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014*: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 168-174.

Vergara, E. (2013). *El modelo transaccional del estrés*. Colombia: <https://es.slideshare.net/gabrielernestovergararomero/el-modelo-transaccional-del-estr>.

Viera, P., & Fernández, I. (2013). *Estrés laboral y el síndrome de burnout en docentes venezolanos*. *Salud de los Trabajadores*. Ecuador: Universidad de Guayaquil.

Vinaccia, S. (2014). *El Síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería*. Medellín, Colombia: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N104 el_sindrome.pdf.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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.

Anexo 2. Cuestionario MBI

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 3. Cuestionario GHQ-28

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

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

ANEXO 4. Cuestionario BRIEF . COPE

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 5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

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 6. CUESTIONARIO EPQR-A

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).