



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

“Prevalencia del síndrome de *burnout* en sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal), en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017”.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTOR: Pérez Carrillo, David Fernando

DIRECTORA: Tamay Montero, Yonny Cecilia, Mgtr

CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA

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

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

Yo Pérez Carrillo David Fernando declaro ser autor del presente trabajo de titulación: “Prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal), en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017”, de la Titulación Licenciado en Psicología, siendo la Magister Yonny Cecilia Tamay Montero director(a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f) _____



Pérez Carrillo David Fernando

0604123893

DEDICATORIA

A Dios, por su extraordinario amor y protección, mi eterna gratitud y admiración. Gracias por regalarme la apertura al conocimiento, por ser mi inspiración para poder mirar el bien la belleza y la verdad que hay en cada persona. Le dedico este aprendizaje y los conocimientos adquiridos, para ser un instrumento en sus manos.

A Luis Eduardo Pérez y María Carrillo mis padres y mis hermanas Cecilia y Janneth, por su apoyo incondicional, su acompañamiento sabio y paciente en el camino para lograr este sueño que hoy se hace realidad.

A mi esposa Jennifer Caicedo y mi hija Arely, que, con su alegre presencia, sus palabras y muestras de cariño dan sentido a mi vida. Sin su apoyo no hubiese sido posible alcanzar el objetivo propuesto.

A Cecilia Santos, gran amiga y compañera que durante este proceso ha sido un baluarte con su apoyo y consejos.

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, en la persona del PhD. José Barbosa Corbacho, Rector.

Al equipo planificador de este proyecto de investigación, especialmente a su coordinadora Magister mariana del Roció Ramírez Zhindón.

También, mi sincera gratitud y reconocimiento a la Magister Yonny Cecilia Tamay Montero, directora de trabajo de fin de titulación, quien con sus conocimiento y saberes ha sabido orientar adecuadamente en el desarrollo del presente trabajo.

Y a todos los médicos/cas y enfermeras que formaron parte de esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	
CERTIFICACIÓN	
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN EJECUTIVO	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Conceptualización del burnout	7
1.1.1. Orígenes del término	7
1.1.2. Definiciones del burnout	7
1.1.2.1. Definición de la década de 1970	7
1.1.2.2. Definición de la década de 1980	8
1.1.2.3. Definición de la década de 1990	9
1.1.2.4. Definición de la década de 2000	10
1.1.2.5. Definición de la década de 2010 hasta la actualidad	11
1.2. Desarrollo y fases del burnout	11
1.2.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)	11
1.2.2. Leiter y Maslach (1988)	12
1.2.3. Leiter (1993)	13
1.2.4. Lee y Ashforth (1993)	13
1.2.5. Gil-monte, Peiró y Varcárcel (1995)	13
1.3. Consecuencias del burnout	14
1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud	14

1.3.2.	Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud	15
1.3.3.	Consecuencias en la familia en profesionales de la salud	15
1.4.	Modelos explicativos del burnout	16
1.4.1.	Modelos basados desde la Teoría sociocognitivo	16
1.4.1.1.	Modelo de Competencia Social de Harrison	17
1.4.1.2.	Modelo de Autoeficacia de Cherniss	17
1.4.1.3.	Modelo de pines	18
1.4.1.4.	Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper	18
1.4.2.	Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social	20
1.4.2.1.	Modelo de Comparación Social de Bunnk y Shaufeli	20
1.4.2.2.	Modelo de conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy	20
1.4.3.	Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional	21
1.4.3.1.	Modelos de Fases de Golembiewaki, Munzenrider y Carter	21
1.4.3.2.	Modelo de Winnubst	22
1.4.3.3.	Modelo de Cox, Kuk y Leiter	23
1.4.4.	Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo	24
1.4.4.1.	Modelo Tridimensional de MNI.HSS (Maslach y Jackson)	24
1.4.4.2.	Modelo de Edelwich y Brodsky	24
1.4.4.3.	Modelo de Price y Murphy	24
1.4.5.	Modelo de la Teoría Estructural	25
1.4.5.1.	Modelo de Gil-Monte	25
1.5.	Prevalencia del burnout	26
1.5.1.	Importancia del estudio del burnout en profesionales de la salud	26
1.5.2.	Prevalencia en profesionales de la salud nivel mundial	26
1.5.3.	Prevalencia en profesionales de la salud nivel de Latinoamérica	27
1.5.4.	Prevalencia en profesionales de la salud nivel nacional	28
1.6.	Variables asociadas al burnout	29
1.6.1.	Variables sociodemográficas en profesionales de la salud	29
1.6.2.	Variables laborales en profesionales de la salud	31
1.6.3.	Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud	34

1.6.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud	34
CAPITULO 2. METODOLOGÍA	37
2.1. Objetivos	38
2.1.1. Objeto General	38
2.1.2. Objetivos Específicos	38
2.2. Preguntas de Investigación	39
2.3. Diseño de Investigación	39
2.4. Contexto	40
2.5. Población y muestra de estudio	41
2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	41
2.6.1. Métodos	41
2.6.2. Técnicas	42
2.6.3. Instrumentos	42
2.6.4. Procedimientos	44
2.6.5. Recursos	44
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS	46
3.1. Resultados Obtenidos en el análisis e interpretación de datos	47
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	57
4.1. Discusión de los resultados obtenidos	58
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	84

RESUMEN

La presente investigación evaluó la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones, en médicos y enfermeras de una institución de salud pública ubicada al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017. La población de esta casa de salud es 716 trabajadores, se tomó una muestra de 40 profesionales sanitarios (20 médicos y 20 enfermeras). Su objetivo general es establecer la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), en médicos/as y enfermeras/os de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017. La metodología utilizada fue: método exploratorio, de tipo descriptivo, trasversal y correlacional; la técnica aprovechada fue la encuesta y los cuestionarios para la recolección de datos.

Los resultados obtenidos de la muestra investigada, a partir de la aplicación del MBI, señalan la existencia de dos casos de burnout; observándose en el personal de enfermería. En cuanto a las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud, los médicos/as presentaron un 44% alto en agotamiento emocional; 7.1% alto en despersonalización y 7.1% bajo en realización personal. Las enfermeras mostraron un 36.4% alto en agotamiento emocional; 22.7% alto en despersonalización y 54.5% bajo en realización personal. En conclusión, se identificó la existencia del síndrome en un 9.1% de la muestra.

Palabras claves: Síndrome Burnout, prevalencia, estrategia de afrontamiento, despersonalización.

ABSTRACT

The present investigation evaluated the prevalence of Burnout Syndrome in its three dimensions, on doctors and nurses of a public health institution located southwest of Riobamba city during 2016-2017 year. The population of this health home is 716 workers, a sample was taken of 40 health professionals (20 doctors and 20 nurses). The general objective is to establish the prevalence of Burnout Syndrome in its three dimensions (emotional tiredness, depersonalization and low personal fulfillment), in doctors and nurses of a public health institution located in Zone 3-Center southwest of Riobamba city during 2016-2017 year. The methodology used was: exploratory method, descriptive, cross-sectional and correlational; The technique used was the survey and questionnaires for data collection.

The results obtained from the sample investigated, from the application of the MBI, indicate the existence of two cases of burnout; being observed in the nursing staff. Regarding the dimensions of burnout in health professionals , the doctors presented a 44% high in emotional exhaustion; 7.1% high in depersonalization and 7.1% low in personal fulfillment. Nurses showed a 36.4% high in emotional exhaustion; 22.7% high in depersonalization and 54.5% low in personal fulfillment. In conclusion, the existence of the syndrome was identified in 9.1% of the sample.

KEYWORDS: Burnout Syndrome, prevalence, coping strategies, afrontamiento, despersonalization.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titula “Prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal), en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017”. Se asumió como propósito esencial determinar la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones; y estudiar este fenómeno que ha sido ampliamente tratado por varios autores desde la década de los setenta hasta la actualidad, de tal forma que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha explicado como un riesgo laboral, que engloba un conjunto de síntomas emocionales y físicos que deterioran la salud del trabajador.

Las investigaciones realizadas en el Ecuador al respecto de burnout, aun no se abordado ampliamente con el sistema de salud, así lo reflejan la información y los datos existentes, tal ejemplo lo obtenemos de un estudio realizado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el año 2007, exclusivamente al Hospital Andrade Marín, y no al sistema de Salud que maneja esta Institución, proporcionando como resultado una prevalencia del 14% del Síndrome de Burnout en una población de 742 médicos y enfermeras de los diferentes servicios. (Landázuri, J. 2011). De igual manera la investigación realizada del Síndrome de Burnout, en el Hospital Eugenio Espejo en el año 2011, que muestra una prevalencia del 39% en una muestra de 292 servidores de la salud, médicos y enfermeras (Lucero, Z y Zambrano. F. 2011). El estudio realizado al Hospital Quito de la Policía Nacional en el año 2011, que presenta el 8% de prevalencia del Síndrome de Burnout en una muestra de 93 médicos y enfermeras.

Hoy en día el Ecuador a través del Código de trabajo solicita estar al tanto de los factores psicosociales entre ellos el burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja con la presente investigación, aporta significativamente al fomentar la investigación de la identificación del desgaste profesional en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país.

Fue necesario reconocer las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada, así como a determinar los niveles de burnout en sus tres dimensiones, identificar el malestar emocional, conocer los tipos de afrontamiento y apoyo social más utilizados e identificar los rasgos de personalidad más destacados de todos los participantes; a través de la aplicación de los instrumentos de investigación seleccionados para este estudio y posteriormente procesando los datos obtenidos de

los cuestionarios aplicados a las muestra investigada. Para dar respuesta a nuestro problema planteado (¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones, en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017?).

En el primer capítulo se trata del marco teórico, en el que se abordan temáticas como la conceptualización y desarrollo del burnout, sus definiciones en cada una de las décadas, tomando como punto de partida la década de los setenta hasta la actualidad, después como este síndrome se va desarrollando por varias etapas y las fases que incitan al burnout, continuamente se evidenciara las consecuencias de este síndrome en el espacio familiar, organizacional y personal, mediante los modelos explicativos del burnout; seguidamente se menciona la prevalencia del síndrome a nivel mundial, latinoamericano, local y a su vez concluir con la importancia de realizar un estudio de burnout; para el implementación de este primer capítulo se tomó en cuenta reseñas bibliográficas de diferentes ensayistas los que ayudaron a la fundamentación teórica del desarrollo y ejecución de esta investigación.

En el segundo capítulo trata la metodología utilizada: método exploratorio, de tipo descriptivo, transversal y correlacional. En cuanto al contexto esta investigación se realizó en una institución de salud pública ubicada en la Zona3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, entidad del gobierno central adscrita al Ministerio de Salud Pública y sujeta jerárquicamente a la Dirección Provincial de Salud de Chimborazo. La población objeto de estudio fueron 40 profesionales de la salud, la muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental.

Los requisitos que se solicitaron al personal sanitario para participar en el estudio fueron; ser profesionales en medicina/enfermería, encontrarse actualmente en servicio activo, tener 3 años mínimo de experiencia, estar de acuerdo en participar en la investigación y firmar el consentimiento informado. Se excluyen aquellos profesionales de la salud que era técnicos o auxiliares de enfermería/medicina y aquellos que no firmaron el consentimiento firmado

En el tercer capítulo se trató el análisis de resultados y lo que se refiere a los resultados obtenidos, se observó las características socio demográficas, las características laborales, la percepción del clima laboral; en lo que se refiere al inventario de síndrome de burnout(MBI) la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos fue de un 35.7% y de enfermeras de un 36.4% que puntuaron un nivel alto; en la dimensión de despersonalización, el 7.1% de médicos y el 22.7% de las enfermeras, lograron un nivel alto; el personal médico obtuvo un 7.1% en baja realización personal, mientras que

las enfermeras alcanzaron un 54.5% en nivel bajo de la misma dimensión, encontrando según los datos conseguidos en la aplicación del Inventario de burnout de Maslach, se obtuvo como resultado la existencia de dos casos de burnout en enfermeras que representan al 9.1% de su muestra, mientras que en el personal médico no se reportan ningún caso, además tratamos en lo referente a la salud en general: las estrategias de afrontamiento, la percepción de apoyo social y los rasgos de la personalidad de los profesionales de la salud.

El capítulo 4, comprende la discusión de resultados pertinente, y finalmente se culminó este trabajo investigativo exponiendo las conclusiones arrojadas de las investigaciones llevadas a cabo de la parte teórica como de la investigación de campo. Cabe resaltar que, sobre la base de las conclusiones derivadas de este estudio se ha podido emitir recomendaciones personales, con el fin de ayudar a prevenir el llamado mal del siglo XXI en el personal sanitario de las instituciones de salud del Ecuador.

El identificar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud en la presente investigación es de suma importancia para la institución y sociedad en general, ya que al tratarse de un institución pública que brinda el servicio a la sociedad adquiere relevancia con el compromiso de mejorar cada día en cuanto a los servicios brindados ya que la prevalencia de este síndrome afecta directamente a la institución y de la sociedad, además permite a los directivos de la institución tomar los correctivos necesarios y fortalecer las estrategias para con su personal a fin de que pueden afrontar positivamente las afectaciones que puedan tener en sus actividades diarias.

Los inconvenientes encontrados en el desarrollo de la presente investigación se dio especialmente al momento de aplicar los cuestionarios, ya que en los formatos no se mantenía el anonimato de quien llena el mismo, a fin de guardar la confidencialidad y de esta manera evitar que la información este segada, ya que el tratarse de instituciones públicas donde inclusive puede entorpecer la gestión de los directivos de la institución y puede pensar que les traerá represalias si ponen aspectos inversos al adecuado funcionamiento del hospital.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptualización del burnout

1.1.1. Orígenes del término

La palabra Burnout se desprende del inglés y se traduce en español como “estar quemado”. El primero en describir este síndrome fue Freudenberg en 1974, al establecerlo como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas, formado por un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía (Hernández, Terán, Navarrete y León, 2007).

1.1.2. Definiciones del Burnout

Precisar la definición del síndrome de burnout se ha convertido en una tarea de recopilación de rasgos y características encontradas desde la década de los 70 hasta la actualidad, Es así como Leiter y Maslach (2004) y Maslach (2009) presentan una redefinición del burnout laboral, llegando a describir este síndrome como un conjunto de síntomas que afecta al campo laboral, se debe entender como una respuesta de nuestro organismo al estrés crónico, cuyos rasgos principales son producto de la interacción de factores internos del profesional y factores externos que tiene que ver con el factor laboral, tales características son:

- Agotamiento Físico/psíquico: se manifiesta por pérdida de energía, fatiga, son incapaces de rendir en tareas que antes realizaban de manera satisfactoria.
- Sentimientos de insatisfacción laboral: se manifiesta por dificultad para hacer frente a las exigencias laborales, sintiéndose incapaces de atender de forma efectiva las demandas de su puesto de trabajo. Produciendo una disminución de su rendimiento y una pérdida en su autoestima.
- Sentimientos de despersonalización: provoca comportamientos de frialdad, distanciamiento, e incluso agresividad hacia los usuarios y demás miembros del equipo, aumentando cada vez más el desinterés y el aislamiento por parte de la persona.

1.1.2.1. Definiciones de la década de 1970.

La década de los setenta está caracterizada por tener investigaciones de tipo exploratorio.

Uno de los representantes es Herbert Freudenberger (USA) quien, en 1974, describe por primera vez este síndrome de carácter clínico. Básicamente, este cuadro explicaba el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Él lo definió como " una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador". También Spaniol y Caputo (1979) puntualizaron el burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales.

En sí, las diversas doctrinas establecen que los primeros estudios de este fenómeno se centraron en las diferencias particulares de los trabajadores.

Por consecuencia, la investigación tiene un punto de partida como tratamiento de un problema social más halla de tema teórico (Maslach C. J., 1996). Según este autor el Burnout es un problema que engloba a gran parte de la sociedad. También Maslach nos indica que el síndrome se desarrolló en profesionales que laboran en jornadas largas que tienen que intervenir con pacientes directamente. Al síndrome lo consideraron tridimensional por evidenciar: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización o logro personal. (Martínez, 2010)

Como conclusión, la mayor parte de estudios de este periodo están centrados en las expresiones sintomáticas percibidas por la persona como: sensación de fracaso, pérdida de responsabilidad personal, agotamiento físico, emocional, etc.

1.1.2.2. Definiciones de la década de 1980.

Al comienzo de los ochenta aun existían un naciente desarrolló conceptual de la terminología, teniendo en claro que la investigación no dejó de cesar esencialmente en el estudio de las disfunciones laborales en la que se hallaba involucrado el burnout. Tal como señala los autores Smith, Watstein y Wuehler (1986), argumentan que el burnout describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actividades que es único para cada persona, de esta manera dificulta el aceptar una definición global del síndrome. De la misma forma Garden (1987) nos dice que la definición de burnout es precoz, pues existe una incertidumbre en la realidad del síndrome que la investigación hasta el momento no ha permitido esclarecer.

(Pines y Aronson, 1981), definen a este trastorno como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad; presencia de cuadros de baja autoestima.

Más adelante, Maslach y Jackson (1981), definen el síndrome de Burnout como “una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación hacia las tareas que han de realizar” tesis que recoge las tres dimensiones: Cansancio o agotamiento emocional; despersonalización; y baja realización personal (García y Robles, 2012, pp. 76-77).

En 1984 Brill, lo definió como un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en personas que no sufre otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha marchado bien, pero luego ya no puede lograr por sí mismo; y que esta relación con las confianzas previas.

Consecuentemente, Pines, Aronson y Kafry (1981) definen al síndrome como un estado de agotamiento físico, emocional y mental por consecuencia de largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente a la persona.

Como resultados, las definiciones aportadas en esta época han sido de base notable en las investigaciones que se desarrollan hoy en día, teniendo en cuenta que este periodo se puede evidenciar estudios cuantitativos que tiene una base empírica. También se implementaron los instrumentos de medición para este síndrome, por consecuencias el concepto de burnout pudo ampliarse a los demás capos profesionales.

1.1.2.3. Definiciones de la década de 1990.

Los autores Mingote Adán y Pérez Corral (1999), conceptualizan al síndrome como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas”. Esto causa un desbalance de larga duración en el profesional, el cual en muchos casos no lo reconoce o lo resuelve de manera errónea; la mayor parte siente que es habitual el desgaste generado por las excesivas peticiones laborales, las que requieren esfuerzos mayores de los comunes, y por carecen de recursos para afrontarlo, esto puede causar un malestar generalizado, partiendo de una desgaste emocional, conducta evasiva, comportamientos adictivos, y son comunes los síntomas que se relacionan con el estrés.

Según, Cordes y Dougherty (1993) plantean que las definiciones del burnout podrían catalogarse en cinco tipos de conceptualizaciones:

- 1) Fracasos, gastarse y quedar exhausto;

- 2) Pérdida de creatividad;
- 3) Pérdida con el compromiso del trabajo;
- 4) Distanciamiento de los clientes, compañeros de trabajo y de la organización en que se trabaja;
- 5) Respuestas crónicas al estrés. Como producto de la interacción de múltiples factores: culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (De Las Cuevas, González, De la Fuente, Alviani y Ruiz, 1997).

Finalmente cabe mencionar que, de las múltiples definiciones de este periodo se puede observar factores comunes en términos de comportamientos, como actitudes y comportamientos negativos.

1.1.2.4. Definiciones de la década del 2000.

El síndrome de Quemarse en el trabajo o burnout de la forma como lo determinan los autores (Gil-Monte, 2008) lo definen como la reacción a un estrés laboral que se encuentra en un estado de estrés crónico, presenta sintomatología comunes como: desarrollan desgaste emocional, el mismo que repercute en su agotamiento; despersonalización, entendida como el desapego hacia las personas que laboran, conjuntamente con actitudes negativas, y una carencia en las relaciones personal en el área de trabajo; esto es una desvalorización de su rol profesional.

Peris (2002) lo define como un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de burnout “estar quemado” o “desgaste psíquico”. Asimismo, Jaoul, Kovess y Mugen (2004) describen el burnout como un síndrome defensivo que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales y la realidad laboral pueden conducir a burnout (Carlin y Garcés de Los Fayos, 2010).

Los autores, Molina Linde y Avalos Martínez (2007) ellos definen el síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud. El profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

Debido a que, en este periodo ya se realiza el estudio de las sintomatologías en profundidad, por consecuencias a la interacción y mayores exigencias de los componentes modernos en la organización, se hace el realce en el estudio a profundidad de la sintomatología.

1.1.2.5. Definiciones de la década del 2010 hasta la actualidad.

El autor Ocampo K, (2012) señala que, el “síndrome de Burnout” es una respuesta a la rigidez habitual en el trabajo, con resultados dañinos a nivel particular y estructural.

El síndrome de Burnout asimismo puede ser expuesto como un déficit en el sentido existencial, ya que prevalece un sentimiento de vacío y de falta de sentido. Se comprendería como una forma específica de vacío existencial que también contiene síntomas físicos como el agotamiento. La persona cuya vida esté sujeta por una búsqueda narcisista, concerniente con la aceptación social suele tener más posibilidades de padecer este síndrome (Längle, 2010). Según Alfred Längle (2010, p. 5); “El Burnout no es el resultado de una motivación en sustancia sino sólo en su forma externa- ajena al proyecto y debida a motivos egoístas- y por eso es que conduce a una dedicación aparente.” En conclusión, para que el sujeto padezca este síndrome debe tener una carencia inicial, una actitud no existencial de raíz psicológica que puede llevar a la enfermedad (Längle, 2010).

En conclusión, avizoramos que no se ha llegado a un consenso en la definición, desde los años 70 hasta la actualidad, pero existe una aceptación en reconocer que la definición de Maslach y Jackson en (1981) es la más relevante en la actualidad, estos autores consideran que el síndrome es una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y una baja realización personal.

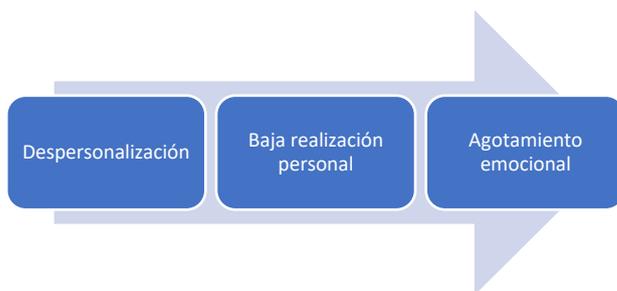
1.2. Desarrollo y fases del burnout

1.2.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

Para Golembiewski (1983), la primera dimensión en el desarrollo del síndrome de burnout es la Despersonalización causada como reacción disfuncional de afrontamiento

del estrés, el modelo planteado se desarrolla de forma secuencial. La siguiente dimensión corresponde hacia una baja realización personal y por último un cansancio emocional; de manera que este modelo contempla ocho fases en el proceso del Síndrome. Esta propuesta surge a partir de la dicotomización que realizan de las puntuaciones obtenidas en el MBI (Maslach Burnout. Inventory) en altas y bajas en las tres dimensiones, consiguiendo ocho fases continuas de burnout que ordenan desde la Primera hasta la Octava. Discurren afectados de burnout leve a los individuos que están en las tres primeras fases, el burnout medio se los enmarca en la cuarta y quinta fase, y el burnout elevado solo los individuos que se encuentran en las tres últimas fases.

La dimensión que describe la aparición del burnout es:



1.2.2. Leiter y Maslach (1988).

Para (Leiter, 1988) , desde su postulado, el Síndrome se desarrolla en tres fases, teniendo al sentimiento de Cansancio Emocional como elemento central del Síndrome, producto de la inestabilidad entre solicitudes organizacionales y recursos personales, subsiguientemente pasa a la despersonalización, que se da como una salida a la situación dada, termina en la fallo de realización personal, resultado de la confrontación entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en el trabajo asistencial. Por lo tanto, cuando hace mención al agotamiento emocional, lo toman en cuenta como la causante de la disminución de la realización personal, por consecuencia es influido por la despersonalización.

Estos autores describen que el desarrollo del burnout es un proceso progresivo que se manifiesta en tres fases:



1.2.3. Leiter (1993).

Leiter M. (1993), realiza un distanciamiento del burnout del estrés laboral y lo define como una crisis de autoeficacia. Plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que tiene como principio el desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto inicia con el Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una habilidad de afrontamiento.

El proceso concluye con baja Realización Personal como consecuencia de la incapacidad para afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las tácticas de afrontamiento no son similares con la responsabilidad exigible en el trabajo asistencial. La relación entre las dimensiones del MBI y un grupo de variables antecedentes y consecuentes del Síndrome de Burnout, obtiene que la relación entre la Despersonalización y Realización Personal en el trabajo no resulta significativa, como resultado en un principio especulativo.

1.2.4. Lee y Ashforth (1993).

Los autores Lee y Ashforth (1993) coincide con Leiter y Maslach y Golembieswki, Munzenrider y Carter, cuando hacen mención que Burnout está relacionado en la Despersonalización y la baja realización Personal en el trabajo como consecuencia directa de los sentimientos de Cansancio Emocional.

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

El aporte de Gil-Monte, P y Peiro, J (1999), nos indican que la primera instancia de Burnout es la decadente actuación personal en su rol de trabajo, y se pone en evidencia a la par el gran nivel de debilidad emocional, la que desencadena la posición de despersonalización.

Como consecuencia se evidencia el sentimiento de culpabilidad, pero cabe mencionar que también se identifica dos complementos en la evolución del burnout: el primero que determina a los trabajadores que no desarrollan el sentimiento de culpabilidad de forma intensa, y también los que, aunque sufran *burnout*, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el síndrome no resulta incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea defectuosa para los usuarios, pacientes, clientes, etc. y para la organización.

Al observar el desarrollo de las variables, que son causantes del síntoma de burnout para cada uno de los autores, se pone en evidencia tres variables que son: la despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional. Lo que cambia en cada uno de ellos es el orden con los que se presenta.

1.3. Consecuencias del burnout

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

Los profesionales dedicados al área de la salud se encuentran en constante riesgo de experimentar el síndrome de burnout; por causas de sus largas jornadas laborales, por su rol como profesional de interactuar con variedades de pacientes. La gravedad de burnout dependerá mucho del área en la cual se está desarrollando profesionalmente, el personal que más experimenta este síntoma es aquel que se encuentra interactuando con pacientes de emergencias, en estas áreas la concentración y pronta respuesta es definitivamente esencial. (Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo, 2011).

El personal médico está expuesto a un constante agotamiento y un leve descanso, pero este proceso da como resultado un desgaste físico y emocional, y siendo causante del bienestar personal y del paciente.

Cabe mencionar que es común hablar del estado anímico y físico de los pacientes terminales, pero hacemos a un lado la parte anímica y física de los doctores y enfermeras quienes está llevando su caso, menos aún se habla de los efectos psicológicos sobre el equipo de salud (lo cual se considera un trabajo altamente demandante) y es uno de los detonantes para proliferar el burnout. (Flórez Lozano JA, 1994)

Lo que le pasa al personal del área de la salud (médicos, cirujanos dentistas, enfermeras paramédicas) es muy importante, por ello se deberán tomar en cuenta los cambios que experimentan en ciertas actitudes y/o comportamientos; cómo se sienten ante la exposición de altas exigencias en el manejo de sus pacientes. El desarrollo del burnout en los profesionales de la salud se debe a que su labor de prestar ayuda se lleva a cabo en un medio estresante, demandante, que involucra situaciones difíciles. (Flórez Lozano JA, 1994)

Fidalgo (2005), presenta que el síndrome de burnout acumula una variedad de respuestas que suelen mostrarse en la salud de los profesionales, de tipo:

- Psicosomáticos: Fatiga crónica, dolores de cabeza, úlceras, pérdida de peso, dolores musculares, crisis de asma, etc.
- Conductuales: despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, cambios bruscos de humor, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, etc.
- Emocionales: Prevalece el agotamiento emocional, ansiedad, impaciencia, irritabilidad, sentimientos de impotencia, aburrimiento, sentimientos depresivos, etc.
- Actitudinales: desconfianza, cinismo, ironía hacia los clientes, etc.
- Sociales y de relaciones interpersonales: comportamiento negativas frecuentemente hacia la vida, masificación de los problemas familiares, comunicación es deficiente, aislamiento, etc.

1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud

En el campo de la medicina: son más propensos al desgaste físico, emocional en los médicos y enfermeras que trabajan en unidades donde se encuentran pacientes crónicos graves, irrecuperables, terminales y peligrosos. En este personal se puede evidenciar un desgaste en la aplicación del tratamiento al paciente, causando en los profesionales un deteriorado auto concepto, poniendo como evidencia actitudes y pensamientos negativos hacia el desarrollo de su trabajo y mostrado la pérdida de atención a los casos de sus pacientes. (Flórez Lozano JA, 1994)

En el área laboral se evidencia ausentismo, y conductas de alto riesgo, distanciamiento afectivo o ansiedad hacia sus pacientes, disminuyendo la concentración y el rendimiento, donde prima: la impaciencia, irritabilidad, actitudes recelosas, pudiendo volverse insensibles, crueles y cínicos, entre otros.

Es evidente que la consecuencia del burnout perjudique la salud de los profesionales de la salud y, la organización en la que desempeña sus funciones, los encargados de las áreas de bienestar laboral deben tomar en cuenta todos estos síntomas para desarrollar un plan de intervención.

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

Los efectos negativos del estrés y burnout no se reducen al lugar del trabajo, sino que también perjudica en la mayoría de las ocasiones su entorno familiar y social. Se suelen sentir tensos, desajustados y físicamente cansados, con falta de energía para afrontar

los problemas diarios de forma racional. Se incrementan los conflictos llegando a producir serios problemas familiares y de pareja que en escasas ocasiones son achacados a los problemas del trabajo.

Cuando el trabajo absorbe toda la energía, se está menos preparado para ayudar a otros y sólo se desea la soledad, afectando muy directamente a los más cercanos. Al ser incapaz de involucrarse en la familia, ven como agresivos a los otros miembros y demandantes de demasiada atención, a la vez que la familia ve en estas personas afectadas de burnout, que sólo afecta a otros y no a ellos.

Además, dado el grado de saturación que tienen del trabajo, tienden a no comentar datos referentes al mismo, por lo que la comunicación con otros es reducida. Comúnmente, llevan trabajo a casa o tienen guardias que les obligan a pasar mucho tiempo en el trabajo, continuando en numerosas ocasiones el rol profesional dentro del entorno familiar (Maslach, 1982).

Como conclusión las formas más comunes como es afectado el profesional es el desapego familiar, siendo causante de la mayor parte de conflictos familiares.

Consecuentemente al revisar las consecuencias, llego a la verificar que la consecuencia laboral es la más esencial en el enfoque de ayuda al profesional, ya que de este dependen varias vidas. Una profesión es caracterizada por la labor que realiza y este debe realizar de una manera óptima, ya que caso contrario esto implicaría no solo consecuencias así su servicio, sino también en futuras demandas por mala práctica médica.

1.4. Modelos explicativos del burnout.

Los modelos explicativos del burnout surgen de la necesidad de considerar y precisar el surgimiento y desarrollo de este fenómeno, así como también de sus variables.

1.4.1. Modelos basados desde la Teoría sociocognitiva.

Son modelos sociales que se afirman que:

- Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas.
- El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

1.4.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison,

Según este modelo adaptado por Harrison (1983), el autor menciona que su teoría está basada en la competencia y eficacia percibida. Se explica la eficacia percibida como función del síndrome de burnout, dando la explicación que los profesionales que inicia sus labores en servicios asistenciales cuentan con elevada disposición motivacional para ayudar a sus usuarios, mientras va desarrollando su labores se dan cuenta que habrán factores que ayudaran o serán obstáculos para el desarrollo eficaz del rol que desempeña; en consecuencia, si los factores son favorables, el resultado será beneficioso, pero al ocurrir lo contrario se mostrara en evidencia la dificultad de cumplir las metas planteadas laboralmente. En este caso disminuirá la autoeficacia del profesional. Si estas condiciones son de larga duración se evidenciará el desarrollo del Síndrome de burnout.

El modelo de competencia social es aplicable a los trabajadores que han desarrollado expectativas elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales, e intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito. La estimulación para lograr que el trabajador adquiera su eficacia en sus labores, será dada por factores de ayuda, los cuales lograra que la efectividad crezca y que provoque un aumento de los sentimientos de competencia social del trabajador. (Harrison, 1983)

Por consiguiente, comprendo que las creencias de autoeficacia sean estas positivas o negativas son de vitales y decisivas, cuando hablamos de la influencia en la conducta de la persona, estos efectos motivacionales y emocionales positivos son los que logran cuásar menos estrés y por consecuencias menor posibilidad de presentar sintomatologías de burnout.

1.4.1.2. Modelo de Autoeficacia de Cherniss.

El modelo de Cherniss (1993) indica que las características del ambiente que proporcionan que el trabajador desarrolle sentimientos de superación, corresponden con las características de las organizaciones que son: un alto nivel de desafío, autonomía, control, retroalimentación de los resultados, apoyo social del supervisor y de los compañeros. Esto lograra prevenir el síndrome de *burnout*

Es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del trabajador para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el síndrome de *burnout*. Para ello, el autor incorpora los elementos de 'autoeficacia percibida' de Bandura (1989),

entendida como las opiniones que las personas tienen sobre sus capacidades para practicar un control sobre las situaciones que les afectan.

En efecto, la mayor parte de trabajadores con fuertes sentimientos de autoeficacia, experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y las situaciones son menos agobiantes cuando los trabajadores creen que pueden enfrentar de manera positiva. El éxito y el logro de las metas personales por uno mismo acrecienta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar los objetivos conlleva sentimientos de frustración, baja autoeficacia y puede dar lugar al desarrollo del síndrome de *burnout*.

1.4.1.3. Modelo de Pines

Pines (1993) desarrollo un modelo similar al de Harrison, con la excepción de que recae en los trabajadores que le dan un sentido existencia a su rol que desempeña estos llegaran a desarrollar el síndrome de burnout, es decir que los profesionales que tienen la tendencia de justificar su presencia por el trabajo que se caracteriza por el sentido humanitario y de altruismos. Esta manera de pensar le da al trabajador una orientación para que su vida tenga sentido, teniendo en cuenta que su labor esta justifica por ser útil y significativo. Menciona además que el síndrome se desarrolla en el personal que se fija objetivos elevados y mantienen altas expectativas.

De esa manera, el personal muy motivado por su labor y plenamente identifica con su trabajo, de significado existencial, este cuando fracasa en la consecución de su objetivo, ven deslucidos en sus expectativas, y opinan que no es posible realizar un aporte significativo a la vida, tienden al síndrome de *burnout*. Pero, un trabajador que no esté primeramente muy animado puede sentir estrés, alienación, depresión, pero no desarrollar el síndrome de *burnout*.

Se llega a deducir que el desarrollo de la sintomatología se da en personas que experimentan el fracaso en la obtención de sus metas y objetivos, a pesar de que estos en su principio pueda haber tenido un gran espíritu de motivación. Caso contrario a la persona que tenga bajas motivación con respecto a desarrollar sus labores, estos pueden presentar conductas como la fatiga, estrés moderado, etc. Esto no significa que ha desarrollado el síndrome específicamente. Mansilla (2012)

1.4.1.4. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page, Cooper.

El modelo de Thompson, Page y Cooper (1993) basado en el modelo de autocontrol de Carver y Scheier (1988) para explicar el estrés, indican las cuatro variables del

síndrome de burnout: la diferenciación entre las peticiones de las tareas y las herramientas del trabajador, el estado de autoconciencia de individuo, sus aspiraciones de éxito, y el desarrollo de su autoconfianza.

La autoconciencia es esencial para entender la causa de este síndrome, debido a que esta es estimada como un rasgo de personalidad, la cual se entiende como la facultad del trabajador de controlar sus niveles de estrés que se evidencia en el periodo de desenvolvimiento de cierta tarea que tiene como finalidad conseguir un objetivo. Sin embargo, los trabajadores con niveles altos de autoconciencia se definen como personas con tendencias excedidas a percibirse y enfocarse en su experiencia de estrés. (Thompson, Page y Cooper, 1993)

Se propone así, que las discrepancias encontradas entre demandas y recursos pueden masificar el nivel de autoconciencia en algunos trabajadores, lo que perjudicará negativamente a su estado de ánimo que por consecuencia llevará a una falta de confianza para solucionar dichas diferencias, y en niveles bajos de sentimientos de realización personal en el trabajo.

Cuando la obtención de los objetivos se encuentra malograda, los trabajadores con alto nivel de autoconciencia y pesimismo tienden a solucionar los conflictos apartándose mental o conductualmente de la situación confusa.

Este retiro conductual de los profesionales nos indica una predisposición a abandonar paulatinamente los intentos de reducir las diferencias percibidas en el logro de los objetivos profesionales.

La evidencia de rasgos agudos de autoconciencia y pesimismo en los profesionales de servicios de ayuda que permanecen en sus profesiones incrementa el retiro del esfuerzo que deberían invertir para resolver las discrepancias, lo que traduce a una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas. Se señala también que altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida. Por otra parte, la predisposición a adoptar expectativas optimistas de éxito en la resolución de conflictos puede reforzar la confianza de los trabajadores y promover su persistencia en los intentos de reducir la discrepancia. (Thompson, Page y Cooper, 1993)

En conclusión, los cuatro modelos plantean resaltar cuál es factor desencadenante del Burnout. Llego a evidenciar que parte de una variable cognitiva que esta puede influir

de forma positiva o negativa en la apreciación del síndrome, esto dependerá de la actitud y conducta que acoja el sujeto en determinadas situaciones.

1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

Partiendo de la percepción de falta de equidad de las personas en el proceso de comparación social. Cuando el profesional asistencial evidencia o percibe de manera constante que está contribuyendo más de lo que recibe a cambio de su intervención personal y esfuerzo es un causante que se desarrolle el sentimiento Burnout. (Gil-Monte y Peiró, 1997)

1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.

Buunk y Schaufeli (1993) desarrollaron un modelo con el fin de explicar la etiología del síndrome de burnout en profesionales de enfermería, el cual señala que dentro de este ámbito profesional el síndrome tiene una doble etiología: por una parte, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otra, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del entorno.

En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, los profesionales de la salud identifican tres variables estresores para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. La incertidumbre, se refiere a la falta de claridad sobre cómo actuar. La percepción de equidad manifiesta al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones y la falta de control sobre sus acciones laborales. (Buunk y Schaufeli, 1993)

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales no buscan apoyo en situaciones de estrés, al contrario, en estas situaciones evitan la presencia de sus pares laborales y evitan su sustento por miedo a ser criticados o tildados de incompetentes. (Buunk y Schaufeli, 1993)

1.4.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy.

Hobfoll y Freddy (1993), afirman que el estrés surge cuando los profesionales perciben que aquello que les motiva, los está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. Recalcan la importancia de las

relaciones con los demás y de sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia.

Se indica además que los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos. Debido a que la pérdida de recursos en lo posterior conlleva al desarrollo de burnout al contrario de la ganancia. Sin embargo, la ganancia es importante; tomando en cuenta el tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores también influirá sobre el síndrome de burnout. (Hobfoll y Fredey, 1993)

Dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de burnout pues conllevan una ganancia de recursos. (Hobfoll y Fredey, 1993)

Como resultado, estos modelos se centran en examinar los factores psicosociales desencadenantes del burnout, en primer lugar, trata de exponer la causa del surgimiento del síndrome y como segundo lugar resaltan las posibles variables que originan su desarrollo.

1.4.3. Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.

Estos modelos confirman que el estrés surge cuando los profesionales avistan que los estresores laborales amenazan y generan inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional.

Se indica además que los profesionales se esfuerzan continuamente por resguardarse de la pérdida de recursos como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes. Debido a que la pérdida de recursos más adelante puede conllevar al desarrollo de burnout. (Martínez, 2010).

1.4.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), el burnout es el desinterés que tiene un trabajador con respecto a su inicial motivación, como forma de reacción hacia el estrés laboral y la tensión que este genera, causando en el profesional la pérdida del compromiso con el rol que desempeña.

El estrés laboral, en relación al síndrome de burnout, está generado esencialmente por situaciones de sobrecarga laboral y por pobreza de rol. En los dos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que genera una disminución de su autoimagen, sentimientos de irritabilidad y fatiga. En el estrés laboral el trabajador también puede desarrollar estrategias de afrontamiento, que reacciona con un distanciamiento de la situación laboral estresante. (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983)

Este distanciamiento puede tener un carácter constructivo o, por el contrario, un carácter contra productivo. En el segundo caso se habla de síndrome de burnout, pues el distanciamiento contra productivo se corresponde con la variable conceptualizada como actitudes de despersonalización. En lo posterior el trabajador desarrollará una experiencia de baja realización personal a largo plazo presentará agotamiento emocional. Cuando el profesional se encuentra en las fases avanzadas del síndrome, como consecuencia de éste, disminuirá su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad. (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983)

Como resultado, puedo indicar que el síndrome puede predecirse cuando existe la evidencia de la despersonalización, continuada por la falta de la realización personal y, por último, el agotamiento emocional.

1.4.3.2. Modelo de Winnubst.

Winnubst (1993), considera que todo tipo de profesionales se ven afectados por el síndrome de burnout y no únicamente los de organizaciones de servicios de ayuda.

Este modelo se fundamenta en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, y el apoyo social en el trabajo como factores antecedentes del síndrome de burnout. Este autor señala que los diferentes tipos de distribución dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

En los estamentos donde el trabajo es mecanizado, el síndrome de burnout es causado por el agotamiento emocional diario a consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control de la estructura. Pero, en las instituciones profesionalizadas, el síndrome está causado por la relativa debilidad de esa estructura que conlleva una

confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales. (Winnubst, 1993)

Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional. En consecuencia, Winnubst elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

- 1) Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
- 2) Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
- 3) Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
- 4) Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de burnout.

Debido a que a través del apoyo social es posible intervenir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier estructura organizacional, esta variable es considerada como el modelo central de frente a la influencia que tiene sobre el síndrome. (Winnubst, 1993)

De manera que cabe mencionar que el apoyo social en interrelación con la cultura organizacional es la variable predominante para prevenir o cesar los niveles de burnout.

1.4.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Cox, Kuk y Leiter (1993) plantean que el síndrome de burnout es definido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas por el profesional no resultan eficaces para el manejo del estrés laboral y sus efectos. En este modelo se incluyen como variables (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional y así como sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad. Estas variables son parte de la respuesta al estrés laboral. Están relacionadas directamente con los procesos de valoración de los estresores, con la

respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el profesional.

Indican que la experiencia de agotamiento emocional, para ellos es la dimensión central del síndrome de burnout. Está prácticamente relacionada con sentimientos de desgaste, y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar. La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés. (Cox, Kuk y Leiter, 1993)

En conclusión, los modelos desarrollados desde la teoría organizacional se identifican por resaltar el impacto que causan los estresores organizacionales en el trabajador y la manera en la que influyen en la aparición del síndrome.

1.4.4. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.

1.4.4.1. Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)

Según Maslach y Jackson (1981), Cuando hablamos del síndrome de quemarse en el trabajo lo hacen tridimensional: Agotamiento emocional, Despersonalización y falta de realización personal en el cargo que desempeña el individuo, cada dimensión es desencadenando la otra.

1.4.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

Según Edelwich y Brodsky (1980), puntualizan que el desgaste es una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo. El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración). (Quiceno y Vinaccia, 2007, p. 122).

1.4.4.3. Modelo de Price y Murphy

Price y Murphy (1984) establecen que el burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral, que se desarrolla siguiendo una serie de fases, y en el que la variable culpa es esencial para entender el deterioro psicológico que resultará en burnout.

Tomando en cuenta que el burnout es un proceso de adaptación negativa a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas:

- Desorientación,
- Labilidad emocional,
- Culpa debido al fracaso profesional,
- Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase,
- Solicitud de ayuda, y
- Equilibrio.

La parte esencial de este modelo es exponer el elemento de la culpa, que muchas veces sumerge al individuo en sentimientos de aislamiento, incomunicación, desánimo y desmoralización. (Caballero, Hederich y Palacio, 2010, pp. 135-136).

1.4.5. Modelo de la Teoría Estructural.

1.4.5.1. Modelo de Gil- Monte

El síndrome de *burnout* puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. 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 distingue dos perfiles en el proceso del burnout:

- Perfil 1. se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa.
- Perfil 2. constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del burnout. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.

Se concluye que, en los modelos expuestos sobre el burnout, cada uno de los autores intentan determinar el elemento que desencadena el problema, tomando en cuenta al individuo y a la organización.

1.5. Prevalencia del burnout

1.5.1. Importancia del estudio del Burnout en profesionales de la salud

Gil-Monte (2003, p. 184) indica que: La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus servidores.

1.5.2. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.

Oehler y Davidson (1992), En Estados Unidos, ejecutaron un estudio prospectivo y descriptivo en el cual se identificaron los factores predictivos de Burnout en enfermeras pediátricas y compararon la incidencia de Burnout, estrés laboral, ansiedad y soporte social percibido en enfermeras del área de agudos y las de área de no agudos. Se inspeccionaron un total de 121 enfermeras que trabajaban tiempo completo en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y cuidados intensivos neonatales. Se encontró como dato en ambas poblaciones, que presentaban niveles moderados de agotamiento emocional, y despersonalización, pero altos niveles en autorrealización personal en las escalas del IBM, cuando se realiza la comparación entre las poblaciones se encontraron niveles más altos de Burnout en las enfermeras de la unidad de cuidado agudo que en las de cuidado no agudos. Se encontró que el estrés laboral es uno de los factores predictivos más fuertes para el desarrollo de Burnout, seguido del estado de ansiedad.

Otro caso es el que nos presenta López y Bernal (2002), en su estudio prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria, utilizaron a los trabajadores dependientes de la dirección de enfermería del Hospital del Noroeste de Murcia, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras y auxiliares; para esto se les aplicó el IBM y un cuestionario de variables sociodemográficas. Fueron 143 participantes, obteniendo que un 26,5% de los trabajadores presentaban agotamiento emocional, un 30% despersonalización, y un 20% baja realización personal. Las escalas de despersonalización fueron más altas en lo trabajadores más jóvenes y en las de menos años de experiencia.

Otro estudio más reciente realizados por Ortiz y Jiménez (2011), sobre la inteligencia emocional y el desgaste laboral, reclutó 44 internos universitarios de servicios de salud de Sonora, México. Para evaluar la inteligencia emocional se utilizó la escala Trait Meta-

Mood Scale 24 (TMMS-24), que trata del metaconocimiento de los estados emocionales y evalúa las diferencias individuales en las destrezas que las personas perciben, prestar atención a sus propias emociones, discriminar entre ellas y su capacidad percibida para regularlas. Además, utilizaron el Inventario para Burnout de Maslach (IBM). Como resultados el factor de atención emocional se relacionaba negativamente con agotamiento. La claridad correlacionaba de manera positiva con reparación emocional y realización personal, y de forma negativa con agotamiento y despersonalización. La reparación de las emociones correlacionaba de forma negativa con agotamiento y despersonalización, y de manera positiva con realización personal. Los análisis de regresión revelaron que el desgaste laboral del médico de pregrado se explicaba por una baja atención emocional y falta de claridad en sus emociones.

Cabe mencionar a Penson et al (2011) que realizó un estudio con una muestra de 660 médicos oncólogos, de los cuales el 56% se encontraba “quemado”, más de la mitad tenía sensación de fracaso y frustración y cerca de un tercio de ellos estaba deprimido. Un 20% tenía pérdida de interés en la práctica y el 18% se reportó “totalmente aburrido”. La mitad de todos ellos respondieron que este el “estar quemado” era inherente al trabajo que realizaban y el 85% reportó que esto estaba afectando su vida personal y social.

1.5.3. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica

Tomemos en cuenta que en los países latinoamericanos no se han desarrollado modelos conceptuales del burnout propios del contexto. Esto se hace evidente en el uso de teorías y métodos de medición y evaluación creados en países desarrollados, industrializados, sin la reflexión acerca de la especificidad de los procesos de trabajo-salud dentro de este contexto. Si bien las sociedades latinoamericanas son capitalistas, los procesos económicos y laborales transcurren a un ritmo particular y están condicionados por múltiples factores propios de nuestra cultura. Por ello, no es suficiente adoptar o validar simplemente los instrumentos diseñados en otros contextos, ya que no permiten comprender a fondo los fenómenos relacionados con la salud laboral en este caso el burnout en América Latina. (Díaz y Gómez, 2015)

Un estudio elaborado por el Instituto de Salud y Calidad de Vida nos aclara la prevalencia de burnout. La muestra estuvo constituida por 8.875 médicos de seis países de Latinoamérica, con la siguiente distribución: 6 346 (71.5%) trabajaban en Argentina, 970 (10.9%) en México, 571 (6.4%) en Ecuador, 416 (4.7%) en Perú, 294 (3.3%) en Colombia y 278 (3.1%) ejercían en Uruguay. En la muestra global de médicos, el 54.1%

eran hombres, tenían una media de edad de 42.34 años (desviación típica [dt]: 10.8), una experiencia profesional de 16.04 años (dt 10.6) y una antigüedad en el lugar de trabajo actual de 11.04 años (dt 9.7). El 68.2% estaba casado o tenía pareja, y la mediana era de dos hijos. (Martin, 2006)

México y Ecuador presentaron valores superiores en satisfacción profesional con respecto al resto de las naciones de forma estadísticamente significativa con la prueba de Scheffé para comparaciones múltiples. Ecuador, México y Colombia presentaron niveles superiores en la autoevaluación de optimismo que las tres naciones restantes; sin embargo, las diferencias entre Colombia y Perú no alcanzaron significación estadística al aplicar la prueba de Scheffé. Al comparar la valoración de la economía personal entre naciones, se observan puntuaciones mayores en los médicos de México y Ecuador, pero Ecuador no alcanzó significación estadística con respecto a Colombia. (Martin, 2006)

1.5.4. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional

Al hablar de estudios realizados con respecto al burnout en Ecuador podemos decir que no hay una evidencia relevante con respecto al tema, los datos obtenidos han sido tomados de encuestas realizadas en instituciones de salud, pero se estima que gran parte del personal médico sufre en algún grado este síndrome.

Se realizó una aplicación de un test, para medir el estrés laboral del personal sanitario del Hospital Carlos Andrade Marín y del Hospital de Ambato, el resultado arrojó un nivel 67 %. Esta encuesta fue realizada en el año 2012, como resultados podemos evidenciar que el estrés emocional y laboral no son desarrolladas simplemente por las largas jornadas, en nuestro país se evidencia que una de las causales de este estrés laboral es por el mismo código de salud, por la falta de herramientas médicas, las condiciones de la áreas de trabajo que han sido hasta la fecha de elaboración de la encuesta inadecuadas. (Barragán, 2016)

Los estudios en el Ecuador sobre el burnout son insuficientes, no se cuenta con investigaciones científicas de expertos que resalten los altos índices de esta problemática en nuestro país. Sin embargo, encontramos en los repositorios digitales universitarios una extensa diversidad de trabajos relativos a este tema, realizados por estudiantes principalmente de carreras como la medicina o la psicología, que nos ayudan a conocer y entender mejor los múltiples factores y elementos que acompañan y desencadenan esta sintomatología, así como su prevalencia en nuestro país.

Suárez (2014), realizó un estudio cuantitativo, observacional descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados, en una muestra de 95 médicos residentes que laboran en diferentes áreas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo ubicado en la ciudad de Guayaquil, basándose en encuestas previamente piloteadas y para la recolección de datos uso el test de Maslach siendo estos datos procesados en el programa estadístico SPSS y la asociación de variables mediante el chi – cuadrado. Los resultados que obtuvo señalan que la prevalencia del Síndrome de Burnout, en los residentes se encuentra en un nivel moderado con un 51,6%, un nivel alto 48,4% no se encontró ningún caso donde el nivel del Síndrome de Burnout es leve (Suárez, 2014)

1.6. Variables asociadas de burnout

1.6.1. Variables sociodemográficas en profesionales de la salud

Según Harol Koontz, menciona el término de motivación que es aplicable a diferentes impulsos, deseos, necesidades y fuerzas que tienen semejanza. En la organización los superiores motivan a sus subordinados; o sea, que realizan cosas con las que esperan satisfacer esos impulsos y deseos e inducir a los subordinados a actuar de determinada manera.

Se puede definir la motivación es un impulso hacia la realización de una actividad en concreto; si la actividad que se solicita al profesional es una actividad preponderante esta puede causar que el individuo comience a sentir una situación no tan agradable y que se torne aburrida, lo que conlleva que el individuo comience a mostrar síntomas de cansancio, despersonalización y falta de interés.

Las variables sociodemográficas son:

Sexo. – Maslach (2001) menciona que, en relación con el sexo, esta variable no ha sido un fuerte actor de Burnout a pesar de algunos argumentos que marcan que el burnout es más una experiencia femenina. Por otro lado, Diaz (2007) indica que, respecto al sexo, serian especialmente las mujeres el grupo más vulnerable. Entre las razones se cita, la doble carga de trabajo que conllevan la tarea familiar y la práctica profesional.

Personalmente creo que las mujeres son más vulnerables, esto se debe a la responsabilidad familiar que asumen como amas de casa y como profesionales, este sobre cargo de actividades le hacen ser propensa a un estrés elevado y por

consecuencia puede ser detonante de burnout. Con las excepciones que comprensiblemente siempre estarán.

Edad. – Maslach (2001) indica que, la edad es una de las variables que se ha relacionado de manera más permanente con el burnout. Entre los trabajadores más jóvenes se han encontrado mayor número de casos que en aquellos trabajadores de 30 0 40 años (Maslach, 2001 citado en Ramírez y Zurita, 2010, p.5).

Por su parte, Díaz (2007) muestra que, aparentemente la edad parece no influye en la aparición del síndrome, pero se piensa que puede darse un periodo de sensibilización, ya que el profesional puede verse expuesto a tener el síndrome durante diferentes periodos de tiempo en su vida laboral, tomando en cuenta que los primeros años son de mayor vulnerabilidad, porque en ese instante se ocurre la transformación de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana y se entiende que las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas(p.108).

En conclusión, se puede evidenciar que no existe una postura clara con respecto a esta variable, existen estudios que indica un dictamen de nivel positivo y otros en nivel negativo, quizás esta diferencia de criterios se deba a que esta variable involucra los factores como: el tiempo de experiencia en la profesión, la madurez alcanzada en el profesional y las diferentes variables en su personalidad que evidencie el individuo.

Estado Civil. – Según el estado civil, las investigaciones revelan que las personas casadas presentan niveles más bajos de burnout que las personas solteras (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001; Vredenburg, Carlozzi, y Stein, 1999). Sin embargo, tampoco existe un acuerdo unánime; ya que algunos resultados han mostrado que las personas solteras tienen mayor agotamiento emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que las que están casadas o conviven con parejas estables (Pualto, Antolín y Moure, 2006).

En conclusión, las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, esto les hace mayormente vulnerables hacia el síndrome. En cambio, el estado civil caso es un apoyo eficaz para el profesional de la salud, tenemos que saber que estos datos pueden ser relativos esto dependerá del grado de estabilidad que la pareja presenta.

Hijos. - Díaz (2007) nos indica que, la presencia de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, por su predisposición, generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y constantes, y la implicación con la familia y los hijos hace que tenga mayores herramientas para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, también de ser más realistas con la ayuda que facilita el apoyo familiar.

Personalmente considero con respecto a esta variable que, de acuerdo con las investigaciones revisadas, el tener hijos ayuda a tener una mayor estabilidad con respecto a la salud emocional del profesional de la salud y por consiguiente una mayor resistencia al síndrome del burnout.

Años de antigüedad laboral. – la antigüedad en el trabajo ha sido ligada al síndrome de burnout; donde se ha podido establecer que, a más años de antigüedad laboral, mayor serán los niveles de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997). Otras investigaciones señalan que la edad y la antigüedad en el puesto correlacionan positivamente con las dimensiones del burnout (Jenaro-Río et al., 2007).

En conclusión, la antigüedad laboral es una variable sociodemográfica un tanto enigmático, ya que los estudios en este campo asumen porcentajes relativos que muchas veces no permiten centrarla como una variable de alto riesgo para la salud del profesional.

1.6.2. Variables laborales en profesionales de la salud

Relaciones interpersonales. - Entre los procesos psicosociales más importantes que contribuyen al desarrollo del síndrome de burnout y sus consecuencias como los problemas de salud, se ha identificado la calidad de las relaciones interpersonales dentro del grupo del trabajo, puesto que son fundamentales para el bienestar psicológico del individuo dentro de la organización, y están positivamente relacionados con la satisfacción laboral (Grau, Gil Monte, García y Figueiredo, 2009). Así, la dinámica de una organización se explica a partir de las relaciones interpersonales que se forman dentro de una estructura jerárquica y organizada. En este contexto de interacción, algunos trabajos provocan relaciones interpersonales tan intensas que contribuyen a la aparición del burnout, pudiendo provocar la disminución de los niveles de bienestar de los trabajadores. (Grau, Gil Monte, García y Figueiredo, 2009)

De manera que, los conflictos son estresores sociales que se traducen en rencores sociales, conductas injustas y un clima grupal inadecuado que repercute sobre el individuo y la organización (Grau, Gil Monte, García y Figueiredo, 2009). Entre los estresores de los profesionales de la salud se cita los conflictos con los supervisores, colegas y autoridades administrativas (Oberle y Hughes 2001). El burnout se asocia también en profesionales de enfermería con problemas derivados de clientes difíciles, mayor porcentaje de cuidado directo y alta exposición a pacientes con mal pronóstico. (Grau, Gil Monte, García y Figueiredo, 2009)

En definitiva, las relaciones interpersonales que se generen en las organizaciones deben contribuir al bienestar del trabajador y al desarrollo de la organización, por lo cual el apoyo social debe ser bilateral y equitativo entre empleados y autoridades.

El clima laboral.- definido como la percepción que el individuo tiene respecto a la estructura y las interacciones psicosociales en su ambiente de trabajo (Asif, 2011; Bronkhorst, Tummers, Steijn y Vijverberg, 2015; Ostroff, Kinicky y Tamkins, 2003), es una variable que influye positivamente en la satisfacción laboral del personal de salud y tiene un impacto en los niveles de estrés, ansiedad, depresión y un rol relevante en el desarrollo del burnout (Lindblom, Linton, Fedeli y Bryngelsson, 2006).

Según Bosqued (2008) un inadecuado clima laboral tendría implicancia directa en la aparición del síndrome de burnout, aún más si la organización tiende a ser rígida o burocrática. Es así como la sobrecarga laboral, la falta de apoyo, los conflictos en la definición del rol, entre otros, pueden afectar el buen desarrollo de sus trabajadores.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce que el entorno laboral puede ser un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo (Houtman y Kompier, 2001) y entre las características de dicho entorno, los factores psicosociales y organizativos desempeñan un valor relevante. (Gil-Monte, 2005)

Enfocando el problema desde una perspectiva de las organizaciones, el síndrome de burnout es un proceso que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales (Gil-Monte, 2005), así el clima laboral es la variable que refleja la experiencia frente a las condiciones del trabajo generadores de estrés crónico.

De este modo, es indispensable que las interacciones psicosociales forjadas en las organizaciones respondan a las demandas laborales del trabajador para que su trabajo sea más satisfactorio y productivo.

Turnos laborales. – El trabajo por turno se ha convertido en una de las cuestiones laborales que más discrepancias y conflictos genera en las organizaciones. Hay sectores como por ejemplo el sector salud, donde estos turnos de trabajo son muy prolongados o irregulares, llegando a afectar tanto la salud física como psicológica del trabajador. La situación que se observa en muchas empresas entre las que destaca el sector sanitario, en especial en los grupos de médicos y enfermeras, trae consigo consecuencias negativas a distintos niveles tanto de productividad, atención al paciente, aumento del ausentismo, y quizá lo más delicado, efectos sobre el bienestar de los trabajadores, donde se evidencia cada vez con mayor prevalencia la aparición del síndrome de burnout (Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo, 2011).

A través de los años algunos países han implantado turnos más cortos, pero el hecho de cambiar el ritmo natural sueño-vigilia afecta al trabajador aun con estas reducciones. Se han realizado estudios en los que se han demostrado que interrupciones crónicas del ritmo circadiano están asociadas a mayores riesgos de desórdenes de sueño-vigilia, problemas gastrointestinales y cardiovasculares, entre otros (Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo, 2011).

En consecuencia, es imprescindible que las instituciones de salud revisen y disminuyan los turnos laborales en sus trabajadores, de tal forma que estos puedan estar en mejores condiciones de prestar un servicio más eficiente al usuario.

Ambiente físico. - algunos desencadenantes es el ruido, vibraciones, tipo de iluminación, temperatura, condiciones de higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio físico, trabajo nocturno, guardias y peligro de sobrecarga laboral.

No hay muchos estudios que mencionen sobre los factores físicos, pero puedo concluir que, para realizar las actividades diarias en el sector laboral, los espacios deben estar totalmente adecuados para evitar la aparición de factores que desencadenen el síndrome de burnout.

Diseño del puesto de trabajo. - más ergonómicos, unas condiciones de trabajo más seguras y saludables y organizaciones más eficaces, democráticas y participativas que sean capaces de satisfacer las necesidades y demandas de sus miembros, así como de ofrecerles oportunidades de desarrollo profesional y personal (Segurado y Agulló,

2002), esto ayudara al profesional a no tener indicios para desencadenar el síndrome de burnout.

Se concluye que el puesto que se diseña para el profesional, debe estar arraigadas en el propósito de preservar la salud de trabajado en todas sus áreas.

1.6.3. Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.

Patrón de conducta Tipo A.- Los sujetos que presentan un patrón de conducta tipo A, corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Exhiben hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente como con ellos mismos, y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia (Useche, 2008).

Algunos estudios afirman que los comportamientos tipo A se relacionan con la dimensión de despersonalización del síndrome de burnout. Otros documentan que existe relación entre el patrón de conducta tipo A y determinadas características del síndrome de “estar quemado” (Barraza, Carrasco y Arreola, 2008.). También, Buendía y Riquelme (1995) y Byrne, (1994) han mostrado cómo los sujetos caracterizados por este tipo de conducta tienen mayor probabilidad de resultar afectados por el síndrome. Igualmente, la percepción de incontrolabilidad se asocia al agotamiento emocional, falta de realización personal y sintomatología depresiva. (McKnigh y Glass, 1995)

Como resultado, los profesionales con este tipo de conducta deben enfocarse en su crecimiento e identificar patrones de conductas más saludables que les ayuden a crear relaciones interpersonales idóneas para que el trabajo en equipo resulte más eficaz, y mejore la salud personal y organizacional.

1.6.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.

Estrategias de afrontamiento. - son definidas como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que hace un individuo para lograr el manejo de demandas internas y/o externas que son tomadas como desafíos personales; en los que juegan los procesos de retroalimentación, que permiten asimilar las situaciones para realizar las correcciones de los cambios de la conducta (Lazarus y Folkman, 1986 citado por Oblitas, 2004). Y preservar la salud laboral, es decir, la relación que se da entre salud y trabajo, la cual, dependiendo de la orientación que tome positiva o negativa puede ser

virtuosa o viciosa (Andrade y Gómez, 2008). Si bien se pueden dar respuestas negativas o de estrés ante las situaciones que impliquen para la persona una amenaza, también se puede dar una respuesta positiva del estrés (eustrés) que depende de esa habilidad de afrontamiento, ya que genera experiencias positivas y sentimientos placenteros, como de bienestar, satisfacción y adaptación que fortalecen la autoestima y refuerzan las estrategias de afrontamiento (Bunding et al., 1986, citado por Oblitas, 2004).

Para Gil-Monte y Peiro (2004) las estrategias de afrontamiento se deben entender como una respuesta a fuentes de estrés crónico, ya que es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección generado por la relación con las otras personas (en particular las que reciben el servicio del individuo) y con la organización donde labora. Es justamente como el síndrome de burnout aparece pues cuando fallan las estrategias de afrontamiento, lo cual supone una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con las personas para las que se trabaja. Así, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional, ante los que el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Entonces, el síndrome de burnout es un paso intermedio en la relación estrés consecuencias del estrés; de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo y para la organización (Gil-Monte et al, 2004 citado en Barbosa, Muñoz, Rueda y Suarez, 2009).

Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento ayudan a controlar las demandas internas y ambientales a las que está expuesto el individuo; permitiendo que sus respuestas sean más objetivas y ecuanímes; existen un sinnúmero de formas a las que podemos recurrir para afrontar una situación estresante, tales como la planificación, la reevaluación positiva, la reestructuración mental, el buen humor, entre otras; todo depende de la actitud con que el profesional tome determinada realidad.

Apoyo social. – es aquel que hace referencia a las transacciones que se llevan a cabo entre las personas. La influencia que tiene sobre la salud es precisamente el de prevenir o disminuir las respuestas ante el estrés, ya sea de forma directa o moduladora a favor de la calidad de vida. El número de contactos que conforman la red del sujeto podría llegar a ser un factor importante ante esta influencia, así como la calidad de apoyo y el grado de satisfacción percibida con ese apoyo, disminuyendo o amortiguando los efectos en la salud (Aranda, Pando, Salazar, Torres y Aldrete, 2010).

El apoyo social podría proporcionar ayuda a diferentes niveles: emocionales, informativos, instrumentales y de retroalimentación (Schwarzer y Lepping, 1989). Puede provenir de fuentes diferentes como pueden ser los supervisores inmediatos, los compañeros del trabajo, la cultura corporativa o los factores extralaborales, especialmente la familia, así Davis-Sacks, Jayaratne y Chess (1985) en una muestra de personal de servicios de bienestar social encontraron que el apoyo social, especialmente de supervisores y esposos, se asociaba a bajos niveles de burnout. Otros estudios han mostrado que la acción del apoyo social sobre el burnout es más bien directa que moderadora. (Moreno, González y Garrosa, 2001)

Sin duda, el apoyo social ha formado parte imprescindible en los estudios enfocados al área laboral y en particular con el síndrome de burnout. Algunos autores, coinciden en que ante un bajo e inadecuado apoyo social el desarrollo del síndrome es más factible, en ocasiones hacia alguna de las dimensiones del burnout o en su totalidad (Aranda, Pando, Salazar, Torres y Aldrete, 2010).

En conclusión, nuestras redes sociales contribuyen a mejorar nuestros estados de ánimo y nos permiten sentirnos más comprendidos y valorados; a la vez que, nos ayudan a remediar ciertas necesidades ya sean físicas o psicológicas, favoreciendo nuestras relaciones personales e interpersonales.

Resiliencia. - En el estudio de (Hylton et al., 2015), se aplicó una encuesta, a enfermeras en cuatro Hospitales de EEUU, para conocer los factores que intervienen en el SB, la angustia moral y la resiliencia. En el grupo experimental se ejecutaron actividades para mejorar la resiliencia y los resultados dieron lugar a la creación de ambientes de trabajo más saludables autorizando cambios en el sistema organizacional del Hospital.

Se puede concluir, que fomentar la resiliencia en enfermeras es provechoso para reducir los niveles de "Burnout" ya que promueve las capacidades personales que tienen los profesionales sanitarios. La resiliencia ayuda a los individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados en el afrontamiento de factores estresantes ambientales y sociales.

CAPÍTULO 2
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General.

- Establecer la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), en médicos/as y enfermeras/os de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017.

2.1.2. Específicos.

- Conocer las características sociodemográficas y laborales del personal médico y de enfermería, en una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba.
- Identificar la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones, en médicos/as y enfermeras/os de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017.
- Identificar el grado de malestar emocional en el personal médico y de enfermería, de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba.
- Reconocer los modos de afrontamiento más utilizados por médicos/as y enfermeras, de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social (vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo) de la muestra investigada, en una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba.
- Averiguar los rasgos de personalidad más destacados en el personal médico y de enfermería de una institución de salud pública ubicada al suroeste de la ciudad de Riobamba.

2.2. Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales del personal médico y de enfermería, en una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout, en médicos/as y enfermeras/os de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, ¿durante el año 2016-2017?
- ¿Cuál es el grado de malestar emocional en el personal médico y de enfermería, de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento más utilizados por médicos/as y enfermeras, de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba?
- ¿Cuáles son los tipos de apoyo social que más reciben por parte de sus vínculos informales y del lugar de trabajo, la muestra investigada, en una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad más destacados en el personal médico y de enfermería de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba?

2.3. Diseño de investigación.

La presente investigación obtuvo las siguientes características:

- **Diseño transversal o de prevalencia.** Cuyo objetivo inicial es establecer la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones y medir sus niveles en un periodo determinado (2016-2017). También permitió identificar el malestar emocional y los rasgos de personalidad, así como las características

sociodemográficas y laborales, tipos de afrontamientos y apoyo social más utilizados por el personal médico y de enfermería de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba. Este diseño es muy apropiado para la planeación en diferentes programas de salud y resulta económico debido a que la medición se realiza en un periodo único, breve y delimitado (Sánchez, V. 2012).

- **Diseño descriptivo o exploratorio.** – ayuda a observar, describir y fundamentar varios aspectos del fenómeno investigado y a clasificar la información (Driessnack, M., Sousa, V., y Costa, I. 2007).
- **Diseño correlacional.** – permitió detallar cuidadosamente las diversas variables ensayadas y las relaciones que se dan de forma natural entre las mismas (Driessnack, M., Sousa, V., y Costa, I. 2007).

2.4. Contexto.

El presente estudio se centró en valorar al personal médico y de enfermería de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro, provincia de Chimborazo, al suroeste de la ciudad de Riobamba.

La función principal de la institución es prestar servicios de salud a la comunidad. Este organismo forma parte del sector público, y recibe fondos del Estado, los mismos que deben ser controlados y supervisados (Mejía, E. 2013).

Su misión es prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

Su visión es suministrar una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

Su objetivo general es ser una unidad de referencia, capaz de prevenir y resolver en forma integral y oportuna los problemas de salud de la población.

Esta entidad ofrece atención especializada, preventiva, ambulatoria, de recuperación y rehabilitación a los usuarios de la Zona 3 (Chimborazo, Tungurahua, Pastaza y Cotopaxi) y de otras provincias del país. También desarrolla actividades regulares de docencia e investigación en salud, fundamentalmente en las especialidades de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía.

Esta casa de salud cuenta actualmente con la acreditación internacional de la prestigiosa organización Accreditation Canadá International (ACI), obteniendo el 88.9% de promedio total de cumplimiento de estándares de calidad (Santos, C. 2017).

2.5. Población y muestra de estudio.

La población de esta casa de salud es 716 trabajadores, para lo cual se tomó una muestra de 40 profesionales de la salud (15 médicos/as y 25 enfermeras/os); no se eliminó ningún cuestionario, ya que todos cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

También se solicitó el consentimiento informado de los participantes, para elaborar dicho estudio de acuerdo con la última revisión de la Declaración de Helsinki.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: ser profesional en medicina/enfermería; encontrarse actualmente en servicio activo; tener 3 años mínimos de experiencia y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina y no querer participar en la investigación.

2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.

2.6.1. Métodos.

En el presente estudio se emplearon los siguientes métodos:

- **Cuantitativo.** – ayuda a recoger y calcular los datos numéricos obtenidos de los cuestionarios aplicados a la muestra investigada, para contrastar estadísticamente la fortaleza de las relaciones entre las variables examinadas (García, Peña y Rodríguez, 2007).

- **No experimental.** – permite observar el fenómeno en su estado natural y luego explorarlo sin la manipulación o intervención del investigador (García, Peña y Rodríguez, 2007).

2.6.2. Técnicas.

- **Encuesta.** - sirvió para recolectar información de la muestra investigada, mediante la interrogación escrita (Santos, 2017).

2.6.3. Instrumentos.

Los instrumentos psicológicos usados en este estudio fueron:

- **Cuestionario de variables Sociodemográficas y Laborales Ad-hoc.** - Creado para conseguir información sociodemográfica, y proporcionarnos características importantes de la muestra investigada, en el aspecto personal y laboral (Santos, 2017).
- **Inventario de burnout de Maslach- (Maslach burnout Inventory [MBI-HSS]).**
 - Es el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout; está vinculado a las profesiones asistenciales o de servicios. Propone tres dimensiones a evaluar: cansancio emocional, despersonalización y realización personal (Moreno, Bustos, Matallama, y Miralles, 1997).

Consta de 22 ítems y utiliza la escala de Likert con puntuaciones que van de 0 a 6 logrando una puntuación estimada como baja, media o alta.

Para medir la presencia o ausencia del burnout se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y bajas en realización personal.

El rango de consistencia interna va de .75 a .90 y la fiabilidad test-retest en períodos de hasta cuatro semanas tienen un rango de entre .60 y .80. (Jackson y col. 1986 citado en Moreno, Bustos, Matallama, y Miralles, 1997).

- **Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]).** – Desarrollado como un instrumento autoadministrado de screening para evaluar el bienestar psicológico y detectar problemas no psiquiátricos (Rivas y Sánchez, 2015).

Se compone de cuatro escalas que son: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

Consta de 28 ítems agrupados en cuatro sub-escalas de 7 ítems cada una. Para determinar la puntuación del GHQ-28 se pueden utilizar 3 métodos electivos: “Puntuación Likert”; “Puntuación GHQ y “Puntuación CGHQ”.

En lo que concierne a las propiedades psicométricas tiene un valor de alfa de Cronbach de 0.89. y cuenta con un punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con una sensibilidad de 84.6% y una especificidad de 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986 citado en Santos, 2017).

- **Inventario COPE-28 (Brief COPE).** - es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés. (Morán, Landero y González, 2010).

Consta de 28 ítems que evalúan 14 estrategias en dos tipos de afrontamiento: activo y pasivo, con opción de respuesta tipo Likert (1 = nunca; 2 = a veces; 3 = casi siempre; 4 = siempre).

Cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,6 y 0,8 para cada estrategia. Ello evidencia su utilidad para conocer y evaluar las estrategias de afrontamiento ante una situación de estrés (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010).

- **Cuestionario MOS de apoyo social.** – es un instrumento breve y multidimensional, autoadministrado, que permite investigar el apoyo social percibido de manera global en sus cuatro dimensiones: apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Asimismo, permite indagar aspectos cuantitativos y cualitativos del individuo.

Consta de 20 ítems. Utiliza una escala Likert de cinco puntos. Tiene un alfa de Cronbach de 0.97 y para las sub-escalas entre 0.91 y 0.96 (Santos, 2017).

- **Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]).** - Se trata de un cuestionario diseñado para indagar dimensiones básicas de la personalidad. Tiene cuatro escalas que son: extraversión, neuroticismo, psicoticismo y sinceridad. Los coeficientes son más elevados para las escalas de neuroticismo y extraversión que para las de psicoticismo y sinceridad. Consta de 24 ítems.

La consistencia interna (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 citado en Santos, 2017).

2.6.4. Procedimiento.

Los pasos que se siguieron para la elaboración de la presente investigación fueron:

1.- Asesoramiento por parte de la Coordinadora del trabajo de titulación de manera virtual; respecto al desarrollo y estructura de la investigación.

2.- Asesoría presencial en la matriz de la UTPL-ciudad de Quito; sobre la búsqueda bibliográfica del tema en cuestión; y correcciones del trabajo final con la directora de tesis.

3.- formalización de la investigación de campo; aspectos que incluyeron:

- Presentación de la solicitud de autorización a la institución elegida;
- Reunión con las autoridades correspondientes.
- Socialización con los profesionales de la salud (médicos/as y enfermeras).
- Solicitud del consentimiento informado al personal que se ofreció voluntariamente a formar parte de este estudio.
- Aplicación de los instrumentos de investigación,
- Procesamiento de datos.

2.6.5. Recursos.

En el desarrollo del presente estudio investigativo se utilizaron los siguientes recursos:

1.- Humanos: directora del proyecto de investigación; directora de tesis; investigador y encuestados (médicos/as y enfermeras/os).

2.- Materiales: instrumentos psicológicos de investigación; material bibliográfico; herramientas electrónicas (computadora, impresora, flas memory; CD, etc.); transporte.

3.- Institucionales: página virtual de la Universidad- EVA; salones del Centro UTPL-Quito; salón de reuniones y conferencias del Departamento de Docencia e Investigación de la casa de salud donde se realizó el estudio investigativo.

4.- Económicos:

Descripción	Cantidad	Valor individual	Valor general
Material electrónico: (alquiler de internet, llamadas telefónicas).	-Internet 200 horas.	1,00	200,00
	-Llamadas telefónicas 7	1,00	7,00
Viajes (transporte interprovincial)	1	40	40,00
Copias e impresiones	600	0.05	30,00
Transporte dentro de la ciudad donde se realizó la investigación	20	2,00	40,00
Total:			\$ 317

Fuente: Costas utilizadas en el desarrollo del estudio de investigación.

Elaborado por: Pérez., D. (2017)

CAPÍTULO 3
ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados obtenidos en el análisis e interpretación de datos

Al haber realizado la recolección de datos de los instrumentos aplicados a los profesionales de salud, obteniendo los siguientes resultados:

1.- Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	N	%	n	%
Sexo				
Hombre	7,0	50,0	0,0	0,0
Mujer	7,0	50,0	22,0	100,0
Edad				
<i>M</i>	43,4		42,5	
<i>DT</i>	9,1		7,4	
Max	60,0		55,0	
Min	28,0		27,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1,5		2,0	
<i>DT</i>	1,2		1,2	
Max	3,0		4,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	14,0	100,0	21,0	95,5
Blanco/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	1,0	4,5
Estado civil				
Soltero/a	5,0	35,7	5,0	23,8
Casado/a	9,0	64,3	13,0	61,9
Viudo/a	0,0	0,0	1,0	4,8
Divorciado/a	0,0	0,0	2,0	9,5
Unión libre	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaboración: Pérez, D. (2017)

En la tabla 1 se evidencia las características sociodemográficas de la muestra investigada, percibiendo que el 50% del personal médico corresponde al sexo masculino y el 50% al sexo femenino; la edad promedio de los médicos es de 43.4 años, siendo el más joven de 28 años y el mayor de 60 años, con un máximo de 3 hijos y un promedio de 1.5. Respecto a la etnia, la que prevalece es la mestiza, con 100%. En relación con el estado civil dominante, éste corresponde al estado casado con un 64.3%.

Respecto a la información del personal de enfermería el 100 % concierne al sexo femenino; la edad promedio de las enfermeras es de 42.5 años, siendo la más joven de 27 años y la mayor de 55, con un máximo de 4 hijos y un promedio de 2. Respecto a la etnia, la prevalecía es la mestiza, con 95,5%, y el 4,5% corresponde a la raza indígena.

En relación con el estado civil dominante se observa que el 61,9% de personal son casadas y el 23,8% son solteras, el 4,8% viudas y 9,5% son divorciadas.

Los datos ponen en evidencia que la mayor parte de participantes se consideran de etnia mestiza, y también se observa que hay gran participación del sexo femenino, y que el estado civil predominante es el casado.

2.- Características laborales de los profesionales de la salud

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0,0	0,0	4,0	20,0
1001 a 2000	3,0	21,4	16,0	80,0
2001 a 3000	10,0	71,4	0,0	0,0
3001 a 4000	0,0	0,0	0,0	0,0
4001 a 5000	1,0	7,1	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	14,6		15,2	
<i>DT</i>	10,3		5,8	
Max	32,0		24,0	
Min	3,0		2,0	
Sector en el que trabaja				
Público	10,0	71,4	22,0	100,0
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	4,0	28,6	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	0,0	0,0	0,0	0,0
Ocasional	4,0	28,6	2,0	9,1
Plazo fijo	0,0	0,0	2,0	9,1
Nombramiento	8,0	57,1	18,0	81,8
Servicios profesionales	2,0	14,3	0,0	0,0
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0
Horas de trabajo/día				
<i>M</i>	8,8		10,3	
<i>DT</i>	2,9		2,1	
Max	14,0		12,0	
Min	1,0		6,0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	18,7		18,7	
<i>DT</i>	5,9		9,3	
Max	30,0		35,0	
Min	10,0		7,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	3,0	21,4	2,0	10,5
Mediadamente	9,0	64,3	9,0	47,4
Poco	1,0	7,1	8,0	42,1
Nada	1,0	7,1	0,0	0,0
Turnos				
Si	3,0	21,4	22,0	100,0
No	11,0	78,6	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaboración: Pérez, D. (2017)

En la tabla 2 se muestran los datos correspondientes a las variables laborales de la muestra investigada, consiguiendo apreciar que la remuneración mensual que prevalece para los médicos es un 71.4% el que encuentra en el rango de los 2001 a 3000 dólares, el 21% en el rango de 1001 a 2000 dólares y 7.1% en el rango de 40001 a 50000 dólares. Con respecto a la experiencia profesional la media es 14,6 años. El sector en el cual laboran la mayor parte es el público con el 71,4% y 28,6% en ambos sectores (privado y público). Respecto al tipo de contrato el que predomina es el nombramiento con el 57.1%, el 28.6% corresponde a ocasional y 1.,3% equivale a servicios profesionales. El número promedio de pacientes que se atiende diariamente es de 18,7% con una atención mínima de 10 y máxima de 30 pacientes, con una media de 8,8 horas diarias de trabajo. Con relación a los recursos institucionales, el 64,3% se les entrega mediadamente los recursos indispensables para la realización de su trabajo. Para la variable de turno, predomina el no laborar por turnos con el 78.6%.

Con respecto al análisis de las condiciones laborales para las enfermeras se evidencia que el salario que prevalece con un 80% está dentro del rango de los 1001 a 2000 dólares y un 20% en el rango de 1 a 1001 dólares. Con respecto a la experiencia profesional la media es 15.2 años. El sector en el cual laboran el 100% es el público. Respecto al tipo de contrato el que predomina es el nombramiento con el 81%, el 9,1% corresponde a ocasional y 9.1% equivale a plazo fijo.

El número promedio de pacientes que se atiende diariamente es de 18.7 con una atención mínima de 7 y máxima de 35 pacientes, con una media de 10.3 horas diarias de trabajo. Con relación a los recursos institucionales el 47.3% del personal manifiesta que se les entrega mediadamente los recursos indispensables para la realización de su trabajo; y, el 42.1% indica que es poco los recursos recibidos. Para la variable de turno se observa que el 100% del personal si labora por turnos.

De esta forma se evidencia que mayoritariamente la remuneración de los médicos es mejor que el de las enfermeras, y que las horas que laboran las enfermeras es mucho mayor que los médicos; también se pone en evidencia que los médicos no trabajan en turnos contrario a las enfermeras en su mayor parte si lo hacen, lo que se desencadenara una evidencia de agotamiento y, insatisfacción en el personal de enfermería.

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

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0,0%	5	25,0%
	Poco	1	7,1%	4	20,0%
	Bastante	8	57,1%	7	35,0%
	Totalmente	5	35,7%	4	20,0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0,0%	5	23,8%
	Poco	2	14,3%	4	19,0%
	Bastante	6	42,9%	9	42,9%
	Totalmente	6	42,9%	3	14,3%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	1	7,1%	1	4,8%
	Poco	2	14,3%	7	33,3%
	Bastante	7	50,0%	6	28,6%
	Totalmente	4	28,6%	7	33,3%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	2	14,3%	8	38,1%
	Poco	5	35,7%	5	23,8%
	Bastante	5	35,7%	5	23,8%
	Totalmente	2	14,3%	3	14,3%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0,0%	0	0,0%
	Poco	0	0,0%	1	4,8%
	Bastante	5	35,7%	5	23,8%
	Totalmente	9	64,3%	15	71,4%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0,0%	1	5,0%
	Poco	0	0,0%	2	10,0%
	Bastante	6	42,9%	11	55,0%
	Totalmente	8	57,1%	6	30,0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	3	21,4%	13	61,9%
	Poco	3	21,4%	6	28,6%
	Bastante	5	35,7%	2	9,5%
	Totalmente	3	21,4%	0	0,0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0,0%	3	14,3%
	Poco	3	21,4%	6	28,6%
	Bastante	9	64,3%	10	47,6%
	Totalmente	2	14,3%	2	9,5%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0,0%	3	14,3%
	Poco	1	7,1%	3	14,3%
	Bastante	9	64,3%	7	33,3%
	Totalmente	4	28,6%	8	38,1%
¿Está satisfecho está con su situación económica?	Nada	0	0,0%	3	14,3%
	Poco	2	14,3%	9	42,9%
	Bastante	8	57,1%	5	23,8%
	Totalmente	4	28,6%	4	19,0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Pérez, D. (2017)

En la tabla 3 se evidencia la percepción que tienen los profesionales de la salud con respecto a su clima laboral en el que se desarrollan. En lo que se refiere a la valoración

que siente los médicos por parte de sus pacientes se observa que el 57.1% se siente totalmente valorado, asimismo el 42.9% del personal indica que siente totalmente valorados por los familiares de los pacientes, conjuntamente con el 42,9% del personal que se sienten bastante satisfechos.

Con relación a la valoración que siente por parte de sus compañeros de profesión es del 50% menciona sentirse bastante valorados y en la valoración que sienten por parte de los directivos de la institución el 35.7% manifiesta sentirse bastante valorados y un 35.7% poco valorados; en lo que se refiere a la satisfacción al trabajo que realizan el 64.3% declara estar totalmente satisfecho; respecto a la satisfacción en la interacción con los pacientes el 57.1% revela sentirse totalmente satisfecho.

En lo que se refiere a la satisfacción con relación al apoyo brindado por parte de los directivos de la institución el 35.7% del personal manifiesta estar bastante satisfecho; asimismo con respecto a la colaboración que siente entre compañeros el resultado es un 64.3% indica sentirse bastante satisfechos; sobre la valoración global de su experiencia profesional el 64.3% señalan bastante satisfechos y en si situación económica el 57.1% se siente bastante satisfechos.

Mientras que en las enfermeras la valoración que sienten por parte de sus pacientes se observa que el 35% se siente totalmente valorado, asimismo el 42.9% del personal indica que siente totalmente valorados por los familiares de los pacientes; en cuanto a la valoración que siente por parte de sus compañeros de profesión es del 33.3% menciona sentirse bastante valorados, juntamente con su 33.3% de su personal que muestran poca satisfacción.

En la valoración que sienten por parte de los directivos de la institución el 38.1% manifiesta sentirse nada valorados; en lo que se refiere a la satisfacción al trabajo que realizan el 71.4 declara estar totalmente satisfecho; respecto a la satisfacción en la interacción con los pacientes el 55% revela sentirse bastante satisfecho.

En lo que concierne a la satisfacción con relación al apoyo brindado por parte de los directivos de la institución el 61.9% del personal manifiesta estar nada satisfecho; asimismo con respecto a la colaboración que siente entre compañeros el resultado es un 47.6% indica sentirse bastante satisfechos; sobre la valoración global de su experiencia profesional el 38.1% señalan totalmente satisfechos y en si situación económica el 42.9% se siente poco satisfechos.

En ambos casos podemos observar que la puntuación más baja se obtuvo en relación a cómo se sentían valorados por los directivos, teniendo más insatisfacción el personal

de enfermería, esto se refleja con la calificación baja que dieron los profesionales en enfermería como se sienten con relación al apoyo que brindan los directivos de la institución.

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

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	6	42,9%	9	40,9%
	Medio	3	21,4%	5	22,7%
	Alto	5	35,7%	8	36,4%
Despersonalización	Bajo	7	50,0%	9	40,9%
	Medio	6	42,9%	8	36,4%
	Alto	1	7,1%	5	22,7%
Realización personal	Alto	10	71,4%	2	9,1%
	Medio	3	21,4%	8	36,4%
	Bajo	1	7,1%	12	54,5%

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

Elaborado por: Pérez, D. (2017)

En lo concerniente al Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) con referencia a la muestra de médicos encontramos que en el apartado de agotamiento emocional el nivel alto consigue un 35.7% de total del personal; en el apartado de despersonalización el nivel alto obtiene 7.1%; en cuanto a la baja realización personal se indica un 7.1% en nivel alto.

En cuanto a la muestra de las enfermeras los resultados en agotamiento emocional arrojaron como resultado que un 36.4% del personal se encuentran en el nivel alto de agotamiento; en referencia del apartado de despersonalización nivel alto obtiene 22.7%; en cuanto a la baja realización personal se observa que el 54.5% de las enfermeras se encuentra en nivel alto.

Como se pone en manifiesto la baja realización personal es más evidente en el personal de enfermería, esto puede ser causado por lo antes mencionado como la baja colaboración por parte de los directivos de la institución, su baja remuneración.

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

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	14	100,0%	20	90,9%
	Presencia	0	0,0%	2	9,1%

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

Elaborado por: Pérez, D. (2017)

Según los datos obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach se pudo comprobar que en la muestra investigada se reportaron dos casos de burnout; pudiéndose observar que en el personal médico no existe presencia del síndrome, únicamente en el personal de enfermería existiendo un 9.1% del personal afectado.

Como se manifiesta en las tablas anteriores, el sexo predominante fue el femenino, y varios estudios explican que personal femenino desarrollan en mayor proporción el síndrome, de la misma manera se pone en manifiestan los resultados de tablas anteriores se muestra como el personal de enfermería obtuvo resultados, que desencadenaría el síndrome como la baja realización personal, no sentirse conformes con su remuneración y también el poco apoyo por parte de los directivos de la institución.

6.- Resultados del malestar emocional de los profesionales de la salud

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	11	78,6%	12	54,5%
	Caso	3	21,4%	10	45,5%
Ansiedad	No caso	10	71,4%	11	52,4%
	Caso	4	28,6%	10	47,6%
Disfunción social	No caso	14	100,0%	19	90,5%
	Caso	0	0,0%	2	9,5%
Depresión	No caso	13	92,9%	20	90,9%
	Caso	1	7,1%	2	9,1%

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

Elaborado por: Pérez, D. (2017)

Los datos obtenidos con respecto a la salud general, los síntomas que más se presentaron en el personal médico de acuerdo con el cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad; evidenciándose un 21.4% de casos de síntomas somáticos y 28.6% de casos de ansiedad.

En referente al personal de enfermería evidenciamos que los síntomas que más se mostraron fueron los somáticos y ansiedad; obteniendo un 45.5% en la sintomatología somática y un 47.6% de caos de ansiedad.

La tabla señala que las enfermeras somatizan más que los médicos, mientras que los médicos presentan mayor ansiedad que estas. Por otra parte, no hay mucha diferencia en las manifestaciones de depresión que presentan los médicos, respecto de las enfermeras.

7.- Resultados de las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1,14	1,51	4,00	,00	1,82	2,04	6,00	,00
Afrontamiento activo	1,71	1,77	6,00	,00	1,67	1,65	6,00	,00
Negación	,50	,94	3,00	,00	1,05	1,61	6,00	,00
Uso de sustancias	,07	,27	1,00	,00	,35	,59	2,00	,00
Apoyo emocional	1,21	1,67	5,00	,00	,95	1,47	4,00	,00
Apoyo instrumental	1,29	1,86	6,00	,00	1,14	1,55	5,00	,00
Retirada de comportamiento	,14	,53	2,00	,00	1,00	1,60	6,00	,00
Desahogo	1,00	1,75	5,00	,00	1,35	1,57	5,00	,00
Replanteamiento positivo	1,07	1,77	6,00	,00	1,38	1,77	5,00	,00
Planificación	1,21	1,85	6,00	,00	1,77	2,00	6,00	,00
Humor	,43	,76	2,00	,00	1,05	1,40	4,00	,00
Aceptación	,93	1,54	5,00	,00	2,19	2,27	6,00	,00
Religión	1,29	2,02	6,00	,00	2,52	2,18	6,00	,00
Culpa de si mismo	,86	1,17	3,00	,00	1,33	1,88	5,00	,00

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

Elaborado por: Pérez, D. (2017).

En los valores de las medias más altas con respecto a las estrategias de afrontamiento se observó en personal médico los siguientes resultados: afrontamiento activo (1.71), apoyo instrumental y religión (1.29), apoyo emocional y planificación (1.21), auto distracción (1.14). Mientras que en la muestra de las enfermeras las estrategias de afrontamiento que alcanzan las medias más altas son: religión (2.52), aceptación (2.19), auto distracción (1.82), planificación (1.77), afrontamiento activo (1.67).

En las estrategias de afrontamiento se aprecia que el grupo de médicos tienen una media más alta en afrontamiento activo, muy contrario al personal de enfermería que su media más alta está relacionada en el área espiritual, esto pone en evidencia que el personal médico es más eficaz en su forma de afrontar situaciones adversas que se presentan en su vida laboral. Ya que estamos hablando que están dentro de labores que exigen respuestas eficaces por en manos de estos profesionales están vidas humanas.

8.- Resultados de la percepción del apoyo social de los profesionales de la salud

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	73,93	23,32	100,00	35,00	73,97	25,39	100,00	20,00
Apoyo instrumental	70,00	24,18	100,00	30,00	66,43	23,72	100,00	20,00
Relaciones sociales	76,79	21,18	100,00	25,00	76,90	25,47	100,00	20,00
Amor y cariño	78,57	27,07	100,00	20,00	76,97	24,32	100,00	20,00

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

Elaborado por: Pérez, D. (2017)

En el caso al apoyo social se determinó que la media más alta es amor y cariño siendo para médicos un 78.57 y para enfermeras 76.97; luego se percibe las relaciones sociales para el personal médico con una media de 76.79 y para enfermería el 76.90; seguido por el apoyo emocional para médicos de 73.93 y enfermeras 73.97 y finalmente la media más baja corresponde al apoyo instrumental con una media de 70.00 para médicos y 66.43 para enfermeras.

Como se puso en evidencia en la tabla 1, la mayor parte de encuestados fueron personas casadas y esto refleja el resultado de ambos casos de enfermeras y personal médico que su media más alta se encasilla en el amor y cariño como apoyo social, igualmente

se corrobora con la tabla 3, con respecto apoyo emocional ya que las medias más altas se evidenciaron en sentirse valorados con su compañeros y familiares,

9.- Resultados de los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,71	1,98	6,00	,00	2,67	1,98	6,00	,00
Extroversión	4,79	1,42	6,00	2,00	4,06	2,26	6,00	,00
Psicoticismo	1,57	,94	3,00	,00	1,75	,79	3,00	,00

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

Elaborado por: Pérez, D. (2017)

El rasgo de personalidad con la media más alta fue el rasgo extroversión en ambos casos siendo para el personal médico el 4.79 y para enfermería un 4.06; seguido de neuroticismo con 1.71 para médicos y 1.6 para enfermeras; y finalmente el rasgo de psicoticismo con una media 1.57 para el caso de médicos y 0.79 para la muestra de enfermeras.

Como conclusión las personas con una puntuación alta en extraversión tienden a buscar la compañía y el estímulo de otras personas. Disfrutan relacionándose con el mundo exterior. Estos individuos disfrutan con la animación, y son entusiastas y orientados a la acción. Esto nos da como evidencia que el personal médico tiende a utilizar la extroversión de mejor manera ya que alcanzaron una media más alta que el personal de enfermería.

CAPÍTULO 4
DISCUSIÓN

4.1.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El síndrome de burnout es un problema de salud pública de escasa investigación (Contreras y Suarez, 2013). Por tal razón, se ejecutó esta investigación con el objetivo general, establecer la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), en médicos/as y enfermeras/os de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba, durante el año 2016-2017.

Con relación a los objetivos específicos, el primero de ellos se centró en reconocer la caracterización de la muestra sociodemográfico y laboral de la población de esta casa de salud es 716 trabajadores, para lo cual se tomó una muestra de 40 profesionales de la salud (15 médicos/as y 25 enfermeras/os). Información que se consiguió a través de la aplicación del Cuestionario de variables Sociodemográficas y Laborales Adhoc, a los colaboradores. Asimismo, este estudio proporcionó como resultado la respuesta a la primera pregunta de investigación de este trabajo.

Respecto al perfil sociodemográfico del personal médico el 50% son hombre y el 50% mujeres; mientras que el personal de enfermería el 100% son mujeres; información que concuerdan con los datos encontrados en otros estudios sobre burnout en profesionales sanitarios (Miranda, Monzalvo, Hernández y Ocampo, 2016; Ramírez, 2015; Santos, 2017). Con una edad media en médicos 43,3 y en enfermeras de 42,5; de donde se desglosa la existencia de una variable relacionada a las edades de los colaboradores, las que oscilan en médicos entre 28 a 60 años y en el caso de enfermeras entre 27 y 55 años; lo que señala la presencia de un personal sanitario compuesto por jóvenes y adultos.

El valor promedio de los hijos en los médicos es de 1,5 es inferior a la media de la población de Chimborazo que es 1,9 (Santos, 2017) y ligeramente inferior a la media de la población en el Ecuador que su valor es de 1,6 (INEC, 2010). En el caso de las enfermeras la media es de 2,0 y con respecto esta sobre la media de la población Chimboracense y la población ecuatoriana.

En cuanto a la etnia, la condición que predominó en ambos grupos fue la mestiza, 100% en médicos y 95,5% en enfermeras, información que es corroborados con estudios de (Maldonado, 2017), etnia que también prevalece en los chimboracenses y de modo general en la población ecuatoriana.

Respecto al estado civil la categoría que prevaleció en ambos grupos fue el de casados, 64,3% en médicos y 61,9% en enfermeras, datos que se reafirman con otros estudios

sobre el burnout en profesionales sanitarios (Ortega, Ortiz y Coronel, 2007; Santos, 2017), existen estudios que se relacionan, que atribuyen a los profesionales con pareja mostraron alto nivel de riesgo de alteraciones en las escalas de burnout (Berdejo, 2014; Cotito, 2016).

Con referencia a la variable laboral gran parte del personal médico perciben un sueldo de 2001 a 3000 dólares, simbolizando un 71,4% del total de los encuestados, el cual se encuentra bajo las cuantificaciones legales por parte del Ministerio de Trabajo en relación con la profesión que ejercen; en cuanto el personal de enfermería prevalece el sueldo de 1001 a 2000 dólares con 80% y de la misma manera este resultado está dentro de los parámetros establecidos en la tabla salarial.

En relación con la experiencia laboral, en el caso del personal médico se obtuvo una media de 14,6 años, mientras que la media en las enfermeras es de 15,2 años, información que es corroborada en otras investigaciones que se indica que el tiempo de experiencia oscila de 11 a 20 años (Barbecho y Ochoa, 2014). El 71,4% de los médicos trabajan en el sector privado y 28,6% en ambos sectores y 100% de las enfermeras revelaron que trabajan en el sector privado, datos que tienen relación a los resultados de (Pesantes, M., 2012).

El tipo de contrato que más se evidencio para el personal médico y enfermeras fue de nombramiento con un 57.1% y 81.8% correspondientemente, datos que concuerdan al análisis de (Fernández, Juárez, Arias y Gonzales, 2010). En referencia al promedio de horas diarias de labores para el personal médico es de 8.8 horas, con un máximo de 30 pacientes, y, para el personal de enfermería, es de 10.3 horas diarias, con un máximo de 35 pacientes, En el Ecuador Según el Ministerio de Relaciones Laborales se debe laborar 8 horas diarias, en esta investigación los profesionales se encuentran desempeñando las jornadas establecidas por la Institución, y también cumplen con sus turnos respectivos. El 21.4% de los médicos y 100% de las enfermeras trabajan en turnos, designadas en el Ministerio de Trabajo como jornadas especiales que se dan en función a las necesidades de las poblaciones e institucionales prevaleciendo las áreas de atención crítica o de alta demanda, este exceso de horas diarias de labores puede causar perdida de energía respectivamente puede causar cansancio en los profesionales de la salud.

En referencia a los recursos necesarios que brinda la institución a los profesionales de la salud consultados, los médicos en un 64.3% y las enfermeras en un 47.3%, manifiestan que medianamente el establecimiento les provee de recursos indispensables para la ejecución de sus labores, estos datos son un poco altos en el

caso de los médicos con referencia a la investigación realizada por Ramírez, (2015), que evidencia un 55.1%.

En referencia a la variable de los recursos necesarios que les facilita la Institución, el mayor porcentaje se sitúa en la opción “medianamente “, con un 64.3%, y 47.3% para enfermeras. Estas variables no revelan datos significativos para el síndrome burnout en el caso de los médicos, caso contrario en el de las enfermeras, ya que se obtuvo en la variable “poco” un 42.1%, se relaciona con otros estudios que indican que estas mismas variables han apoyado en el desgaste profesional, haciendo referencia a los escasos o nulos recursos provenientes de la institución en la cual se desempeñan (Martín, 2009). En el personal médico existe un 21.4% y las enfermeras un 100% indican que trabajan en turnos; nombrados en la actualidad según el Ministerio de Trabajo (Ley 2012-62; acuerdo ministerial 00001849) denominada como “jornadas especiales” que se dan en función a las necesidades de la población e instituciones priorizando áreas de atención crítica o de alta demanda.

En la variable del clima laboral, en lo que se refiere a los médicos se sienten totalmente valorados por parte de sus pacientes un 57.1%, asimismo el 42.9% del personal indica que siente totalmente valorados por los familiares de los pacientes, conjuntamente con el 42,9% del personal que se sienten bastante satisfechos; en cuanto a la valoración que siente por parte de sus compañeros de profesión es del 50% menciona sentirse bastante valorados y en la valoración que sienten por parte de los directivos de la institución el 35.7% manifiesta sentirse bastante valorados y un 35.7% poco valorados; en lo que se refiere a la satisfacción al trabajo que realizan el 64.3% declara estar totalmente satisfecho; respecto a la satisfacción en la interacción con los pacientes el 57.1% revela sentirse totalmente satisfecho; en lo que se refiere a la satisfacción con relación al apoyo brindado por parte de los directivos de la institución el 35.7% del personal manifiesta estar bastante satisfecho; asimismo con respecto a la colaboración que siente entre compañeros el resultado es un 64.3% indica sentirse bastante satisfechos; sobre la valoración global de su experiencia profesional el 64.3% señalan bastante satisfechos y en su situación económica el 57.1% se siente bastante satisfechos.

En lo que se refiere a la percepción de las enfermeras, la valoración que sienten por parte de sus pacientes se observa que el 35% se siente totalmente valorado, asimismo el 42.9% del personal indica que siente totalmente valorados por los familiares de los pacientes; en cuanto a la valoración que siente por parte de sus compañeros de profesión es del 33.3% menciona sentirse bastante valorados, conjuntamente con su

33.3% de su personal que muestran poca satisfacción; en la valoración que sienten por parte de los directivos de la institución el 38.1% manifiesta sentirse nada valorados.

En lo que se refiere a la satisfacción al trabajo que realizan el 71.4 declara estar totalmente satisfecho; respecto a la satisfacción en la interacción con los pacientes el 55% revela sentirse bastante satisfecho; en lo que se refiere a la satisfacción con relación al apoyo brindado por parte de los directivos de la institución el 61.9% del personal manifiesta estar nada satisfecho; asimismo con respecto a la colaboración que siente entre compañeros el resultado es un 47.6% indica sentirse bastante satisfechos; sobre la valoración global de su experiencia profesional el 38.1% señalan totalmente satisfechos y en su situación económica el 42.9% se siente poco satisfechos.

Valdivia realizó un estudio al sur este del Cusco, en el que se muestra que el 92% de los encuestados referían que era de suma importancia que los profesionales se desarrollaran en buenas condiciones de trabajo, con comodidad y avances tecnológicos acorde a las funciones que desarrollaban, junto con ello expresaban la importancia de la capacitación permanente en función de las necesidades de sus trabajos. (Valdivia, y Méndez, 2003).

Otro estudio realizado en Valencia con los profesionales de salud con respecto a la satisfacción laboral, alrededor de un 20% recibe un bajo nivel de estímulos intelectual en su trabajo y bajas recompensas profesionales, y solo un 12% percibe una baja satisfacción con respecto a las relaciones con los pacientes y sus familiares. (Escribá-Agüir, Artazcoz, y Pérez-Hoyos, 2008).

En general al interpretar los datos obtenidos nos indica una insatisfacción en los dos grupos que conforman la muestra investigada en tres aspectos concretos que son: la poca valoración que siente tanto por parte de sus pacientes como por parte de los familiares de los pacientes, asimismo la poca valoración que sienten por parte de los directivos de la institución, así como el escaso apoyo brindado por estos; y, por último, la poca satisfacción que sienten con su situación económica actual. Variables que deben ser observadas de manera comprometida por las autoridades respectivas para buscar mecanismos y estrategias que ayuden a la salud del trabajador y también a la de la organización. Mucho más si se toma en cuenta que, de acuerdo con varios estudios, la escasa satisfacción laboral predispone al síndrome de burnout (Grau, Suñer y García, 2005; Contreras, Espinal, Pachón y Gonzáles, 2013).

En referencia al segundo objetivo específico se centró en calcular la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones, en médicos/as y enfermeras/os de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de

Riobamba. Y dar respuesta a la pregunta dos de la investigación. Para evaluar el síndrome de burnout se utilizó el instrumento de Maslach Burnout Inventory, versión Human Services (MBI-HSS).

De acuerdo a los datos obtenidos en la aplicación del MBI se puede establecer que existe dos casos de burnout que representa 9.1% de la muestra de las enfermeras, mientras que en la muestra del personal médico no se presentaron casos, tomando como referencia otros estudios realizados en Nicaragua se obtuvo como resultado que el 28% del personal de enfermería y un 14% de los médicos parecen el síndrome de Burnout, con lo que se relaciona lo dicho por el síndrome de Burnout es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino (Paredes, Pereira, y Montiel, 2008), y una de las definiciones que se le daba a esto es que las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatologías depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras. Por lo que estarán más expuestas a presentar el síndrome. (Pines y Kafry,1981; Etzion y Pines. 1986; Greeglass, Pantony y Burke, 1988).

Cabe conocer acerca de las características y presencia del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en la muestra investigada.

En comparación con el estudio realizado en una institución de la ciudad de México al 67% de las enfermeras, el síndrome de burnout predominó en el nivel medio; los niveles bajo y alto se presentaron en 19% y 14% respectivamente, las cuales se denota una diferencia porcentual entre el agotamiento emocional y la despersonalización en nivel medio presentes en 67% y 72% de la población estudiada. (Hernandez, Juarez, Hernandez, Ramirez, 2005)

Mientras en esta investigación en la muestra de médicos encontramos que en el apartado de agotamiento emocional el nivel alto consigue un 35.7%; en el apartado de despersonalización el nivel alto obtiene 7.1%; en cuanto a la baja realización personal se indica un 7.1% en nivel alto.

En cuanto a la muestra de las enfermeras se puede evidencia agotamiento emocional un 36.4% del personal se encuentran en el nivel alto de agotamiento; en referencia del apartado de despersonalización nivel alto obtiene 22.7%; en cuanto a la baja realización personal se observa que el 54.5% de las enfermeras se encuentra en nivel alto; todo lo cual acarrea conductas de alejamiento hacia actividades familiares, sociales y recreativas, baja autoestima, incapacidad para soportar la presión, pérdida de ideales, etc.; lo cual representa un llamado de atención acerca del estado de salud física, psicológica y laboral de los participantes, que debe ser abordada con mucha responsabilidad por las autoridades sanitarias. Además, estos datos coinciden con el

estudio sobre el burnout en personal sanitario de (Maldonado, 2017) donde la baja realización personal es también la dimensión de mayor nivel de afectación.

Estos datos demuestran que el personal de enfermería presentan una prevalencia alta en las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, es decir mayor presencia de manifestaciones somáticas como dolor de cabeza, taquicardia, colitis o gastritis, etc., y psicológicos, como la ansiedad e irritabilidad, cansancio, insomnio, sensaciones de sobre-esfuerzo físico, etc.; además de desarrollo de actitudes cínicas, de apatía e insensibilidad hacia los pacientes o las personas a quienes los trabajadores brindan un servicio (Cruz, Austria, Herrera, Salas y Vega, 2011); resultados que además coinciden con otros estudios sobre burnout en personal de enfermería (Arias y Muñoz, 2016, Albaladejo, Villanueva, Ortrga, Astasio, Cale y Domingue, 2004).

También presentan el personal de enfermería, al igual del personal médico un nivel alto en la precepción de falta de logros personales, insatisfacción laboral, presencia de un autoconcepto negativo, etc. (Cruz, Austria, Herrera, Salas y Vega, 2011); datos que coinciden con otros estudios sobre el burnout en personal médico (Grau, Suñer y García, 2005).

Cabe destacar, lo que recaban diversos estudios que intentaron establecer el orden de aparición de los síntomas que integran el burnout, el agotamiento emocional aparece como precursor del desarrollo del proceso del burnout (Avendaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart, 2009); ante lo cual, la prevención e Intervención en este grupo de profesionales ha de esta por tanto orientada hacia los grupos de apoyo para prevenir no sólo el desgaste profesional, sino también el aislamiento y la desmoralización (Montgomery, 2001 citado en Moreno, Gorrosa, Rodríguez y Morante 2004).

Como consecuencia, estos resultados exponen los altos niveles de estrés en cada una de las dimensiones del burnout, siendo la baja realización personal la dimisión de mayor nivel de afectación en el caso del personal de enfermería con un 54.5%.

Estos datos nos demuestran que el orden de prevalencia encontrada en el personal de enfermería en cada dimensión del burnout es semejante al modelo de desarrollo y fases de burnout expuesto por (Gil- Monte, Peiró y Valcárcel, 1998) ya que estos autores manifiestan que el proceso de desarrollo del síndrome primeramente surge la baja realización personal luego aparece el agotamiento emocional, y finalmente la despersonalización. Aunque este modelo también agrega el factor culpa a esta sintomatología.

Con correlación al tercer objetivo específico se centró en valorar el grado de malestar emocional en el personal médico y de enfermería, de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba. Y dar respuesta a la pregunta cuatro de la investigación; Información que se consiguió a través de la aplicación del Cuestionario de Salud General.

Según los datos obtenidos en relación con la salud general los síntomas que más se presentaron fueron los somáticos y la ansiedad en ambos grupos; evidenciándose en los médicos un 21.4% de casos de síntomas somáticos y 28.6% de casos de ansiedad; Mientras que en el personal de enfermería se evidencio un 45.5% en la sintomatología somática y un 47.6% de casos de ansiedad; tomando el estudio realizado en un hospital el personal médico y el de enfermería en algún momento de su jornada, los que tuvieron porcentajes ligeramente altos fueron los dolores y molestias localizadas recurrentes un 28%. Dolor epigástrico al consumir alimentos un 25%, pesadez o compresión a nivel del cuello un 44%, dolor acompañado de rigidez en la espalda un 46%, cansancio, fatiga y agotamiento un 36%; sabiendo que a pesar de que no ocurrían en porcentajes elevados, ya muestran un claro indicio de su presencia posibles repercusiones en sus actividades laborales y salud. (Ortega, 2007).

Consecutivamente, podemos describir los síntomas que el personal sanitario está expuesto con respecto a los somáticos de tipo muscular, endocrino, nervioso, circulatorio. También podemos observar que existen casos de ansiedad es un sentimiento que le ayudara a tomar distancia en relación con lo que tienen que realizar, podemos decir que dentro de la ansiedad encontramos síntomas variados como los físicos que son taquicardia, palpitaciones, falta de aire entre otros, también tenemos los psicológicos como sensaciones de amenazas y peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad entre otros; como intelectuales y sociales. Observándose que los síntomas que más prevalecieron fueron los somáticos y ansiedad para ambos grupos, resultados que concuerdan con el estudio de (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011).

Con relación al cuarto objetivo específico se centró en reconocer los modos de afrontamiento más utilizados por médicos/as y enfermeras, de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba. Y dar respuesta a la pregunta cuatro de la investigación; Información que se consiguió a través de la aplicación del Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).

En lo que se refiere al afrontamiento se observó que los médicos poseen valores de las medias más altas en: afrontamiento activo (1.71), apoyo instrumental y religión (1.29),

apoyo emocional y planificación (1.21), auto distracción (1.14). Mientras que la muestra de las enfermeras las estrategias de afrontamiento que alcanzan las medias más altas son: religión (2.52), aceptación (2.19), auto distracción (1.82), auto distracción (1.82), planificación (1.77), afrontamiento activo (1.67).

En otros estudios realizados se evidencia que las estrategias más comúnmente empleadas para afrontar el estrés asistencial, se obtuvo como resultado que las más empleadas fueron la resolución de problemas y el distanciamiento de la fuente de estrés; es necesario desglosar el significado de resolución de problemas, es importante señalar que en el instrumento empleado se aglomeran ítems concernientes tanto a los esfuerzos directos para remediar la situación estresante como la búsqueda de apoyo social y cada una de sus fases es hablar con colegas, integrar equipos de trabajo o tratar de llegar acuerdos han sido emparentadas con la satisfacción laboral por diversos autores (Archibald, 2016; Cox, Teasley, Zeller y cols., 2006; Luceño, Martín, Jaén y Díaz, 2006; Ter Doest y de Jonge, 2006, entre otros). También cabe mencionar, los ítems que investigan la estrategia de distanciamiento de la situación apuntan, entre otros aspectos, a la planificación del uso del tiempo libre, las actividades placenteras fuera del trabajo y la distanciamiento emocional. El uso habitual de este tipo de estrategias se ha asentado entre los trabajadores de la salud en culturas tan diversas como China, Japón o Estados Unidos (Lambert, Lambert, Petrini y Zhang, 2007; Roberts, 2005).

Podemos deducir que en el caso de médicos es más alto el nivel de afrontamiento activo ya que se puede deber en que estos adoptan medidas necesarias para cambiar o evitar la situación estresante o a su vez aliviar sus efectos, en el caso de planificación el personal afectado piensa y programa los pasos a dar para tratar de sobrellevar la situación, y por ultimo tenemos otro nivel alto en aceptación en el caso del personal de enfermería, que consiste en asumir la realidad de la situación, todas estas estrategias de afrontamiento son las que más prevalecen en estos estudios y estos datos fueron contrastados con el análisis de (Vazquez, 2015).

El quinto objetivo específico se centró en valorar el apoyo social procedente de la red social (vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo) de la muestra investigada, en una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba. Y dar respuesta a la pregunta quinta de la investigación; Información que se consiguió a través de la aplicación del Cuestionario de Apoyo Social MOS.

Es fundamental conocer las estrategias de apoyo social, debe entenderse como un concepto de muchos componentes, un conjunto de diferentes significados y

explicaciones, de tal manera que algunos teóricos prefieren definirlo como un metaconcepto, (López; Cabanas y Chacón, 1997).

En el caso al apoyo social se determinó que la media más alta es amor y cariño siendo para médicos un 78.57 y para enfermeras 76.97; luego se percibe las relaciones sociales para el personal médico con una media de 76.79 y para enfermería el 76.90; seguido por el apoyo emocional para médicos de 73.93 y enfermeras 73.97 y finalmente la media más baja corresponde al apoyo instrumental con una media de 70.00 para médicos y 66.43 para enfermeras; en comparación con otra investigación, un estudio ejecutado en un hospital psiquiátrico el alcance del apoyo social es notable en la reducción de los niveles de agotamiento, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los esfuerzos superiores. El aumento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa de entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto de gran medida en los aspectos positivos en este tipo de servicio. (Avendaño, Bustos, Espinoza, y Pierart, T, 2009)

Un dato importante que vale recalcar es que el apoyo social; se identifica con el más alto puntaje de los cuestionarios aplicados al personal de salud; por lo que concluimos que los recursos humanos y materiales que practican los médicos/as y enfermeras, son los que ayudan a superar las crisis y sobrellevar cualquier tipo de carga o problema en la mayor parte de casos.

Es importante mencionar que, los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que beneficia en su eficacia y rentabilidad. Es necesario hablar de redes de apoyo social. Los principales son (Gallar, 2006); Redes de apoyo social natural como: La familia, amigos y allegados, Compañeros, Vecinos y Compañeros espirituales.

Las redes son muy importantes para el buen desempeño del personal de salud ya que la auxilio que les brinda es inmediata y brindan un apoyo emocional positivo y solidario, actualmente hay certeza de que el apoyo funciona como un gran amortiguador del estrés, ya que ayuda al afrontamiento y resulta ser muy provechoso para la salud. (novel, 1991; y Sarason, 1999)

Cabe aclarar que, la pérdida o ausencia de apoyo fundamentalmente por parte de la familia, está relacionada a las diferentes fuentes de estrés que pueden presentarse en la vida de la persona pueden interactuar, potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual (novel, 1991). Desde los años setenta, cada vez son más los autores que se han enfocado en investigar las repercusiones que la familia puede tener sobre el desarrollo y mantenimiento de las enfermedades. La familia es la primera y

quizás, en muchos aspectos, la más influyente de las agencias de socialización que van a actuar sobre los individuos. La familia, a menudo, suministra apoyo y fomenta una serie de creencias, actitudes y normas de comportamiento que pueden ayudar al individuo a afrontar con eficacia distintas situaciones tales como la enfermedad, pero otras veces pueden resultar negativo, beneficiando al desarrollo de patologías o dificultando la adherencia a los tratamientos prescritos.

El sexto objetivo específico se centró en Averiguar los rasgos de personalidad más destacados en el personal médico y de enfermería de una institución de salud pública ubicada al suroeste de la ciudad de Riobamba. Y dar respuesta a la pregunta sexta de la investigación; Información que se consiguió a través de la aplicación de Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado.

Como sabemos la personalidad es uno de los objetivos de esta investigación, sabiendo que es conjunto de rasgos y cualidades que conforman la manera de ser de una persona y la distingue de las demás.

El rasgo de personalidad con la media más alta fue el rasgo extroversión en ambos casos siendo para el personal médico el 4.79 y para enfermería un 4.06; seguido de neuroticismo con 1.71 para médicos y 1.6 para enfermeras; y finalmente el rasgo de psicoticismo con una media 1.57 para el caso de médicos y 0.79 para la muestra de enfermeras.

Según un estudio realizado en el hospital de México el cual se ejecutó una investigación principalmente con la personalidad resistente indica que, la correlación que hay entre la personalidad resistente y el burnout fue negativa y estadísticamente significativa, aunque por la poca relación que se establece entre la personalidad resistente con las demás variables sociodemográficas. (Ortega, Ortiz y Coronel, 2007)

Con respecto a la personalidad de los encuestados se puede apreciar que para los dos grupos existen un alto nivel de extraversión ya que son personas comunicativas, de carácter alegre, pueden animar fácilmente las fiestas, no son personas calladas y son consideradas por los demás como personas muy animadas, en cuanto a sus demás rasgos como neuroticismo y Psicoticismo en un nivel bajo que nos quiere decir, que no utilizan ningún tipo de drogas que no se consideran personas nerviosas y no se centran en las preocupaciones ya que son personas muy comunitarias y les gusta ayudar a los demás, datos contrastado con el estudio de (Pesantes M., 2012).

CONCLUSIONES:

- En la muestra de los profesionales de la salud se halló dos casos de burnout en enfermeras con un (9.1% de la muestra), en tanto que en los médicos no se hallaron indicios del síndrome de burnout significativos en ninguna de las subescalas.
- Respecto a las variables personales nuestro estudio muestra un grupo predominantemente femenino, con una edad promedio de 43 años para médicos/as y 42 años para enfermeras, con al menos 1 hijo en la población médica y 2 hijo en la población de enfermeras, mestizos y casados en su mayoría.
- En cuanto a las variables laborales encontramos que fue el de un profesional que percibe ingresos mensuales que van de 2001 a 3000 dólares (médicos) y de 1001 a 2000 dólares (enfermeras), con una experiencia profesional de 14.6 años en médicos y 15.2 años en enfermeras, que despliega su actividad en el sector público, con un contrato por nombramiento la mayoría, dando atención a un promedio de 18.7 pacientes diarios para médicos y enfermeras, que dispone medianamente de recursos institucionales para el ejercicio de su actividad laboral en el caso de médicos y pocos los recursos institucionales para el ejercicio de su actividad laboral en el tema de enfermeras, además de trabajar por turnos en relación al personal de enfermería y no laborar por turnos por parte de los médicos, un promedio de 9 horas diarias con relación a médicos y 10 horas con relación enfermeras.
- En cuanto a la percepción que tiene la muestra de médicos y enfermeras, en el clima laboral se comprobó que existe satisfacción en la valoración que sienten por parte de sus pacientes y de los familiares de estos. También hay satisfacción por parte de los médicos por la valoración que sienten de sus compañeros de trabajo y directivos de la institución; mientras que en el personal de enfermería manifiestan un 33% se siente poco valorado por parte de los directivos de la institución y un 33% totalmente valorado por sus colegas.

- Respecto al malestar emocional, la subescala predominante en ambos grupos fue la de ansiedad con un 28.6% en médicos/as y un 47.6% en enfermeras.
- En relación a la variable rasgos de personalidad, el rasgo que sobresalió en médicos/as y enfermeras fue el de extroversión; con un 4.79% y 4.6% respectivamente.
- En cuanto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes de la investigación, se evidenció que estas son: auto-distracción, afrontamiento activo, apoyo instrumental, apoyo emocional y planificación.
- Respecto a la percepción del apoyo social que más acogen los participantes se comprobó que el amor y cariño está en primer lugar, luego están las relaciones sociales, seguido por el apoyo emocional y apoyo instrumental.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a las autoridades de salud de esta institución considerar los resultados obtenidos en esta investigación, con el fin buscar alternativas de intervención en los casos detectados y la prevención para el personal que se encuentra en riesgo. Se recomienda a las autoridades de salud de esta institución implementar programas de prevención y manejo del estrés laboral que incluyan los factores personales, interpersonales y organizacionales que intervienen en la generación del estrés; así como también realizar chequeos preventivos regulares al personal sanitario, que ayuden a identificar los casos pre-clínicos, de tal forma que se puedan tratar a tiempo estas sintomatologías, ya que como en todos los padecimientos, cuanto antes se trabaje en el problema más probabilidad hay de mantener la enfermedad bajo control.
- Se propone a esta entidad de salud, socializar la información como estrategia de prevención del síndrome de burnout, a todo el personal sanitario, con el fin evitar la propagación de este fenómeno, y socializar las causas y consecuencias de este.
- Conociendo la correlación significativa que existe entre las horas de trabajo diarias y el burnout, se recomienda a las autoridades de salud, la reducción de horarios excesivos y una mejor reestructuración del trabajo por turnos.
- Se recomienda dotar al personal sanitario de estrategias de afrontamiento, actividades como: talleres individuales en donde se ayudará a mejorar su autoestima, ansiedad, ira, frustración, etc., talleres grupales basados en la recreación, en los que pueden mejorar las relaciones sociales con sus compañeros, además de ayudar a mejorar su salud emocional, actividades físicas en las que también se incluyan a la familia de los profesionales. De tal forma que pueda prevenir o disminuir los efectos del burnout en los trabajadores.
- Se propone además realizar un espacio en la que los profesionales de salud puedan acceder de manera voluntaria a realizar este tipo de investigaciones, sin el temor de que sus puestos de trabajos se vean afectados por dichas investigaciones.

- Se sugiere que para futuras investigaciones se realice un plan coordinado, en la cual se incluyan no solo a los profesionales de salud, como médicos y enfermeras, sino que se realice a cada una de las personas que laboran dentro de la institución
- Se propone considerar que el apoyo social es un factor de protección para nuestra salud física y mental, es necesario que el apoyo social nos brinda nuestra red social, refuerce nuestra autoestima y que nosotros mismos lo percibamos como valioso. Recomendamos reconocer que el apoyo social nos puede brindar muchos beneficios si dejamos brindar y dejar que actúe de manera eficaz cuando más lo necesitemos.
- Los directivos del hospital deben fortalecer el apoyo social en lo referente al apoyo instrumental ya que en los dos grupos se evidencia que dicen tener niveles bajos en esta variable, con lo cual se generará un equilibrio entre las diferentes aristas que necesitan el profesional de la salud para su adecuado desenvolvimiento; además identificar que la mayoría de los profesionales de la salud son extrovertidos por lo tanto, deben fomentar el compañerismo, reuniones periódicas donde puedan socializar entre ellos y fortalecer los vínculos de amistad y apoyo mutuo en el ejercicio de la profesión.
- Asimismo, se recomienda a esta casa de salud implementar campañas periódicas de valoración de la salud de médicos y enfermeras tanto físicas y emocionales a fin de cuidar primero de ellos para que a su vez ellos puedan cuidar adecuadamente de la salud de los pacientes.
- Se sugiere brindar mayor apoyo social dentro de la institución entre autoridades y empleados; con la intención de fomentar más compañerismo, comunicación y mejores relaciones interpersonales.
- Se propone al personal sanitario realizar ejercicio físico regular y ocupar su tiempo libre con actividades que les resulten gratificantes, porque este tipo de actividades ayuda a desconectarse de la carga laboral. También, se les recomienda que evite el consumo de excitantes o estimulantes como: café, alcohol, tabaco, etc. Ya que todas estas sustancias a la larga generan más estrés en el organismo.

- Se sugiere que para futuros estudios que se realicen, se incluyan más instituciones de salud de la ciudad de Riobamba, para que la muestra sea más representativa y poder obtener resultados más completos que muestren la prevalencia de este síndrome, en los profesionales de salud de este cantón.
- Por último, recomiendo al Ministerio de Salud, así como el Departamento de Riesgos del Trabajo del IESS, realizar campañas a nivel nacional y en especial a los hospitales de la red de salud, sobre el Síndrome de Burnout, sus causas, sus efectos y las formas de prevenirlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega P., Astasio, P., Calle, M. y Domínguez, V. (2004). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid*. Rev. Esp. Salud Pública, 78(4), 505-516
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T. y Aldrete, M. (2010). *Apoyo social como factor protector a la salud frente al síndrome de burnout en agentes de vialidad*, México. Revista Costarricense de Salud Pública, 19(1), 18-24.
- Arias Gallegos, W., y Muñoz del Carpio Toia, A. (2016). *Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa*. Revista Cubana de Salud Pública, 42(4), 559-575. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n4/spu07416.pdf>
- Alvares, A. M. (2005). *síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes*. madrid: consulting psychologists press. Recuperado de www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9.141.htm
- Andrade, V. y Gómez, I. (2008). *Salud laboral. Investigaciones realizadas en Colombia*. Pensamiento Psicológico, 4 (10), 9-25.
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., y Pierart, T. (2009). *Burnout y apoyo social en personas de servicio de psiquiatría de un hospital público*. Ciencia y enfermería, 15(2), 55-68.
- Archibald, C. (2006). *Job satisfaction among neonatal nurse*. Pediatric Nursing, 32(2), 176-179.
- Asif, F. (2011). Estimating the impact of Denison's (1996), " *What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars*". Journal of Business Research, 64, 454-459.
- Bandura, A. (1989). *Human agency in social cognitive theory*. American Psychologist, 44, (9), 1175-1184.
- Barbecho, M., Ochoa, M.(2014). *Prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del servicio de emergencias del Hospital de especialidades Eugenio Espejo*. Quito Junio- Noviembre 2013. Trabajo de Grado presentado como requisito Parcial Para optar el Título de especialista de enfermería en trauma y emergencia. Instituto Superior de Investigación y Postgrado. Quito: UCE. 240 p.
- Barbosa, L.C., Muñoz, M.L., Rueda, P.X. y Suárez, K.G. (2009). *Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios*. Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología, 2 (1) (pp. 21-30). Recuperado de:

- http://www.iberamericana.edu.co/Publicaciones/RevistaIberoPsicologia/R02_ARTICULO2_PSIC.pdf
- Barragán, G. (16 de febrero de 2016). *Redaccion edica*. Obtenido de <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-politica-de-prevenci-n-contr-el-burnout-87258>
- Barraza, A.; Carrasco, R. y Arreola, M. G. (2008). *El síndrome de desgaste profesional en las enfermeras del Centro de Salud, No. 2 de la ciudad de Durango*. Revista Electrónica de Psicología Científica.com, s/d. Recuperado el 14 de febrero de 2010, de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-374-1-el-sindrome-de-desgaste-profesional-en-las-enfermeras-del-ce.html>
- Berdejo, H. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los médicos residentes de especialidades médico-quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá* (tesis postgrado) Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome del burnout. Qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Paidós
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B., y Viverberg, D. (2015). *Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review in health care organizations*. *Health Care Management Review*, 40(3), 254-271.
- Buendía Vidal, J., y Riquelme Marin, A. (1995). *Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias*. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 195-204.
- Buunk, B. P. y Schaufeli, W. B. (1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory*.
- Byrne, B. M. (1994). *Structural Equation Modeling With EQS and EQS/Windows: Basic Concepts, Applications, and Programming* Sage, Thousand Oaks, CA.
- Caballero Domínguez, C., Hederich, C., y Palacio Sañudo, J. (2010). *El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1),131-146. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=80515880012>
- Carlin, M., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2010). *El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo*. *Anales de psicología*, 26(1),169-180. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Cotito, J. (2016). *Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos asistentes del hospital René Toche Groppo septiembre-noviembre de 2015*. (Tesis posgrado). Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú. Recuperado de:[http://cybertesis.urp.edu.pe/bit stream/urp/500/1/Cotito_j.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/500/1/Cotito_j.pdf)
- Contreras, F., Espinal, L., Pachón, A. y González, J. (2013). *Burnout, liderazgo y laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá*. *Diversitas*, 9(1), 65-80.

- Contreras Y, Suárez D. *Síndrome de burnout: Comparación entre alumnos y profesor-odontólogo en la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes*. Acta Bioclínica. 2013; 5 (3): 158-177.
- Cordes, C., y Dougherty, T. (1993) "A Review And An Integration Of Research On Job Burnout", The Academy of Management Review, Vol. 18, Nº 4, pgs. 621 – 657
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). *Burnout, health, work stress, and organizational healthiness*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 177- 193). London: Taylor y Francis.
- Cox, K., Teasley, S., Zeller, R., Lacey, S., Parsons, L., Carroll, C. y Ward-Smith, P. (2006). *Know staff's "intent to stay"*. Nursing Management, 37, 13-15.
- Cruz Valdés, B., Austria Corrales, F., Herrera Kienhelger, L., Salas Hernández, J., y Vega Valero, C. (2011). *Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1*. Suma Psicológica, 18(2), 17-28. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v18n2/v18n2a02.pdf>
- Davis-Sacks, M. L., Jayaratne, S., y Chess, W. A. (1985). *A comparison of the effects of social support on the incidence of burnout*. Social Work, 30(3), 240-244.
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S., Rosa De La Zabala, K., y Asunsolo Barco del, Á. (2011). *Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras*. Medicina y Seguridad del Trabajo, 57 (224), Julio-septiembre 2011, 224-241. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J., De la Fuente, J., Alviani, M., y Ruiz Benítez, A. (1997). *Burnout y reactividad al estrés*. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, XLI (2), 80-88. Recuperado de <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/revista-demedicina/article/view/6871/6027>
- Díaz, F. y Gomez, I. (2015). *La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010*, Universidad de Valle, Cali, Colombia. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/6442/8385>
- Driessnack, M., Sousa, V. y Costa, I. (setiembre-octubre, 2007). *Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería: parte 3: métodos mixtos y múltiples*. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 15(5), 179-182. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a24.pdf
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Escribá-Agüir, V., Artazcoz, L., y Pérez- Hoyos, S. (2008). *Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialista*. Gaceta Sanitaria, 22(4). 300-308

- Etzion, D. y Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209.
- Fernández García, V., Zarate Grajales, R., y Lartigue Becerra, T. (2010). *¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación.* *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 7(1), enero-marzo 2010, 23-35. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v7n1/v7n1a4.pdf>
- Fidalgo, M. (2005). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación.* Nota técnica de prevención, 704, 20º serie. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
- Flórez-Lozano. J. A (1994) *Síndrome de estar quemado.* Edika Med: Barcelona.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159- 165.
- Garden, A. (1987). *Depersonalization: A valid dimension of burnout?* *Human Relations*, 40(9), 545-560.
- García Carmona, R., y Robles Ortega, H. (2012). *Variables, sociodemográficas y moderadores de burnout en personal sanitario de cuidadores críticos.* *Desarrollo Científ Enferm*, 20(3) 76-82. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/293653126_Variables_sociodemograficas_y_moderadores_de_burnout_en_personal_sanitario_de_cuidados_intensivos
- García Merino, J. D., Peña Cerezo, M. Á., y Rodríguez Castellanos, A. (2007). *Métodos cuantitativos versus métodos cualitativos en la economía de los Negocios. ¿Es una metodología reconciliable?* Recuperado de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/9161/Garc%C3%ADa-Pe%C3%B1a-Rodr%C3%ADguez_M%C3%A9todos%20cuantitativos%20versus.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Una Perspectiva histórica.* Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (4ª edición ed.). Madrid: Thomson Paraninfo.
- Gil-Monte, P. R. (2003). *Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?* *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>
- Gil-Monte, G. J. (2008). *Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre.* *Revista Mexicana de Psicología*, 25-337.
- Gil-monte, p. . (1999). *Validez factorial del maslach burnout inventory en una muestra multidisciplinaria.* *Psicothema*.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse .* (m. S.a, ed.) Madrid, madrid. Obtenido de www.ev-es/gilmonte
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1998). *A model of burnout process*

development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao*, 4(1):165-179.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). *Phases of progressive burnout and their work site convariants.* *En Critical issues in OD research and Praxis.* (págs. 461-481). *Journal of Applied Behavioral Science.*

Greenglass, E.R. y Burke, R.J. (1988). *Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences.* *Sex Roles*, 18(3-4), 215-229

Guamán, J. A (2014). *Prevalencia y Factores Asociados del Síndrome de Burnout en el personal de tropa de la brigada de Artillería .27.* "Portete". Cuenca. 2014 (Tesis de especialistas). Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado de: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21208/.](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21208/)

Grau-Alberola, E., Figueiredo- Ferráz, H., Gil- Monte, P.R. (2009). *Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses.* *Aletheia*, 29, 6-15.

Grau, A., Suñer, R. y García. (2005). *Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales.* *Gaceta Sanitaria*, 19(6),463-470

Harrison, W. D. (1983). *A social competence model of burnout.* En B. A. Farber (ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 20 ed., pp. 29-39). New York: Pergamon Press.

Hernández, T., Varela, O., Navarrete, D., y León, A. (2007). *El síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición.* 3(5), 50-68. Recuperado de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-2.pdf>

Hernández, Fernández y Baptista. (2003). *Metodología de la investigación.* (3ª ed.). México: Mc Graw-Hill

Hernández, V., Juárez A., Hernández, E., Ramírez, J. (2005). *Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal.* 13 (3), 125-132.

Hylton C, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. *Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings.* *Am J Crit Care.* 2015 [acceso 15 de abril de 2016]; 24 (5): 412–21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26330434>

Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). *Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout.* En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor y Francis.

Houtman, I., y Kompier, M. (2001). *Trabajo y salud mental.* *En OIT (ED) Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.* Madrid

Jenaro-Río, C., Flores-Robaina, N. y González-Gil, F. (2007). *Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores.* *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 107-121.

- Jiménez, G. J. (1995). *Variables relevantes en el contexto deportivo y síndrome de Burnout. Estudio presentado en el V congreso Nacional de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Valencia, España.
- Jaoul, G., Kovess, V. y Mugen, F. S. P. (2004). *Le burnout dans la profession enseignante*. *Annales Medic-Psychologiques*, 162, 26-35.
- Lambert, V., Lambert, C., Petrini, M. y Zhang, Y. (2007). *Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the people's Republic of China*. *International Nursing Review*, 54, 85-91.
- Länge, M.D. (2010). El Burnout (desgaste profesional), sentido existencial y posibilidades de prevención. Extraído el día 17 mayo de 2010 de: <http://www.laengle.info/downloads/Burnout%20Caprio%202005.pdf>
- Lee, R. T., y Ashforth, B. E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers. En *comparisons between the Leiter and Maslach* (págs. 369-398). Washington.
- Leiter, M. P., y Harvie, P. (1996). *Burnout among mental health workers: a review and research agenda*. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 90-101.
- Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process. En c. M. W. Schaufeli, *Professional burnout: recent developments in theory and research* (págs. 237-250). Washington D.C.: Hemisphere.
- Leiter, M. P. (1988). The impact of interpersonal environment of burnout and organizational. En *Journal of Organizational Behavior* (págs. 297-308.).
- Leiter, M. y Maslach, C. (2004). *Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout*. En P.L. Perrewe, y D.C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* (pp. 91-134). Oxford: Elsevier.
- Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C., y Bryngelsson, L. (2006). Burnout in the working population: *relations to psychosocial work factors*. *International journal of behavioral medicine*, 13, 51-59.
- López-Cabanás, M. y Chacón, F. (1997). *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis Psicología
- López Soriano, F. y Bernal, L. (2002). *Prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria*. *Revista de Calidad Asistencial*, junio 2002, 17(4), pp. 201-205.
- Luceño M., L., Martín G., J., Jaén D., M. y Díaz R., E. (2006). *Psycho-social risks and trait anxiety as predictors of stress and job satisfaction*. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 89-97.
- Maldonado González, G. (2017). "Síndrome de Burnout y su relación con variables sociodemográficas en médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017". (tesis de pregrado, Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador). Recuperado de:

<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17543/3/Maldonado%20Gonz%C3%A>

- Martin, A. G. (diciembre de 2006). *Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)*. Obtenido de http://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiicas-profundo.php?id=131599
- Martín, A. G. (2009). Influencia de factores personales, profesionales transaccionales del Burnout. *RevEspaña Salud Publica* Vol. 83 N.2, 216.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 1-40. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Martinez, C. L. (2005). Características del síndrome de burnout en enfermeras mexicanas. En *archivo de medicina familiar* (págs. 6-9).
- Mansilla Izquierdo, F. (2012). *Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica. Cómo influyen los riesgos psicosociales en el trabajo y su prevención.* Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Maslach, C. J. (1996). *Mbi: ther malash burnout manual.* California: consulting psychologists press.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring.* Englewood Cliffs,. NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C. S. (2001). *Job burnout. Annual Review of Psychology.*
- Maslach, C. (2009). *Comprendiendo el burnout.* Ciencia y Trabajo, 32, 37- 44.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual.* Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- McKight, J.D. y Glass,D.C. (1995). *Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: a replication and extension. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 490-494
- Mejía, E. C. (2013). *Auditoría de Gestión al Proceso de Compras del Hospital Provincial General Docente, para evaluar su Gestión pública en el período 2011.* Ambato: UNIANDES – AMBATO
- Mingote JC, P. C. (1999). Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional. *El estrés del medico. Manual de autoayuda*, 43. Madrid: Díaz de Santos.
- Miranda Lara, V., Montalvo Herrera, G., Hernández-caballero, B., y Ocampo Torres, M. (2016). *Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud.* *Revista de Enfermería*, 24(2), 115-22. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim162g.pdf>
- Molina Linde, J. M. y Avalos Martínez, F. (2007). *Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería.* *Revista Tesela*, 1. Recuperado de <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>

- Morán, C., Landero, R. y González, M. C. (2010). COPE-28: *un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. Universitas Psychologica, 9 (2), 543- 552.
- Moreno-Jiménez, B., González Gutiérrez, J.L., Garrosa Hernández, E. (2001). *Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida*. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide. pp 59-83.
- Moreno-Jiménez, B., González Gutiérrez, J.L., Garrosa Hernández, E. (2004). *Acoso psicológico en el trabajo; una aproximación organizacional*. Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones, 20(3), 277-289.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E., Morante, M.E. (2004). *Relaciones contractuales y acoso psicológico en el trabajo: un análisis comparativo*. Medicina y Seguridad en el Trabajo, 19-26
- Moreno, B., Bustos, R., Matallana, A. y Miralles, T. (1997). *La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso*. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones, 13(2), 185-207.
- Novel, G. (1991). *Sistemas sociales de apoyo*. In G. Novel, y L. Lluch (Eds.), Enfermería psicosocial II (pp. 81-90). Barcelona: Salvat.
- Oberle, K. and Hughes, D. (2001) *Doctors' and Nurses' Perceptions of Ethical Problems in End-of-Life Decisions*. Journal of Advanced Nursing, 33, 707-715.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Thompson: España.
- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales (2006) *Guía sobre el síndrome del quemado (Burnout)*. Comisión ejecutiva confederal de UGT: Madrid.
- Ocampo K, S. C. (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 el año 2012*. Loja.
- Oehler, J. M., y Davidson, M. G. (1992). *Job stress and burnout in acute and nonacute pediatric nurses*. American Journal of Critical Care, 1(2), 81-90.
- Ortega Herrera, M., Ortiz Viveros, G., y Coronel Brizio, P. (2007). *Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente*. Psicología y Salud, 17(1), 5-16. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/730/1287>
- Ortíz, R., y Jiménez, B. (2011). *Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado*. Educ Med, 49-55.
- Ostroff, C., Kinicky, A., y Tamkins, M.M. (2003). *Organizational culture and climate*. In W.C. Borman, D.R. Ilgen, y R.J.Klimoski (Eds.), *Handbook of psychology*, (Vol. 12 Industrial and Organizational). Hoboken, NJ: Wiley and Sons.
- Paredes, M. B.; Pereira, D. I.; Montiel, R. (2008). "Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello". Universitas. Vol. 2: 33-38

- Penson, R., Dignan, F., Picard, C., y Lynch, T. (2000). Burnout: *Caring for the Caregivers*. *The Oncologist*, 425-434.
- Pesantez Molina, Lourdes del Rosario. (2012). "*Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues. Durante el año 2011-2012*".(Licenciado en Psicología). UTPL, Azogues. pp. 95.
- Pines, A. y Kafry, D. (1981). The experience of life tedium in three generations of professional women. *Sex Roles*, 7, 117-134.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: The Free Press. Price, D. M. y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Puialto, M. J., Antolín, R., y Moure, L. (2006). *Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores relacionados en las enfermeras del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo)*. *Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, 8. Disponible el 6 de diciembre de 2007 en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/view/63/>
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2007). Burnout: "*Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a12.pdf>
- Ramírez Pérez, M., y Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Polis. Revista Latinoamericana*, 25, 1-19. Recuperado de <http://polis.revues.org/677>
- Ramírez Zhindon, M. (2015). Burnout en profesionales de la salud del Ecuador. (Memoria Doctorado, Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162g.pdf>
- Rivas, R., Sánchez, P., (2015). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud general (GHQ-12) en población femenina chilena, *Revista Argentina De Clínica Psicológica XXIII*; Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas 28223, Madrid. Fundación AIGLÉ. p.p. 251–260
- Roberts P., T. (2005). The certified registered nurse anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 73(5), 351-356.
- Robbins, S. (1998). *Comportamiento Organizacional*. México: Prentice Hall.
- Rodríguez, M.G., Rodríguez, R., Riveros, A.E., Rodríguez, M.L. y Pinzón, J.Y. (2011). *Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010*. (Trabajo de especialización, Universidad del Rosario, Colombia). Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2389/1/52931143-1.pdf>

- Thompson, M. S., Page, S. L., Cooper, C. L. (1993). *A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses*. *Stress Medicine*, 9, 221-235
- Santos Quezada, C. (2017). *“Prevalencia del síndrome del burnout en sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal) y su relación con las horas de trabajo diarias, en médicos/as y enfermeras/os de una institución de salud pública ubicada en la Zona 3-Centro al suroeste de la ciudad de Riobamba durante el año 2016-2017”*, (tesis de pregrado, Universidad Particular de Loja, Ecuador). Recuperado de: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/20.500.11962/20887/1/Santos%20Quezada%20Cecilia%20Gricelda.pdf>
- Sarason, B. R. (1999). *Familia, apoyo social y salud*. In J. Buendia (Ed.), *Familia y psicología de la salud* (pp. 19-48). Madrid: Pirámide.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1988). A Model of Behavioral Self-Regulation: Translating Intention into Action. *Advances in Experimental Social Psychology*, 21(C), 303-346.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1989) *Social Support and Health*. Gottingen:Hogrefe.
- Segurado, T.A. y Agulló, T. (2002). *Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social*. *Psicothema*, 14, 828-836.
- Smith, N., Watstein, S. y Wuehler, A. (1986). *Burnout and social interest in librarians and library school students*. 21st Century Mountain Plains Library Association Academic Library Section Research Forum. Emporia State University. Kansas.
- Suárez, A. y Serpa, K. (2014). *Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados, en el Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", Guayaquil, Abril-Septiembre 2014*. (Tesis de titulación en medicina). Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca.
- Spaniol, L. y Caputo, G. (1979). *Professional burnout: a personal survival kit*. Levington, MA: Human Services Associates.
- Ter Doest, L. y de Jonge, J. (2006). *Testing causal models of job characteristics and employee well-being: a replication study using cross-lagged structural equation modeling*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79, 499-507.
- Useche, O. (2008). *La resistencia social como despliegue de la potencia creativa de la vida*. En: *Ciudadanos en son de paz. Propuestas de acción no violenta para Colombia*. Bogotá: Corporación Universitaria UNIMINUTO.
- Valdivia, R., y Méndez, S. (2003). *Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Dur este desalud del Cusci*. *Situa*, 12(23), 11-22.
- Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., y Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2011). *Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno*. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24.
- Vazquez, I. A. (2015). *Manual de la psicología de la salud*. Madrid: Piramide.

- Vredenburgh, L., Carlozzi, F. y Stein, L. (1999). Burnout in Counselling psychologists: *Type of practice setting and pertinent demographics*. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 293-304.
- Winnubst, J. A. (1993). *Organizational structure, social support, and burnout*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). London: Taylor y Francis.

ANEXOS



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 con su situación económica?				

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.3

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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