



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

## **ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA**

**TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Identificación del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Centro Médico Integral Familiar y Especialidades, Diálisis La Mariscal, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTORA:** Rodríguez Rodríguez Rina

**DIRECTORA:** Sánchez León Carmen Delia, Dra.

**CENTRO REGIONAL QUITO**

**2019**



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

2019

## APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora

Carmen Delia Sánchez León

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración

El presente trabajo de titulación: **“Identificación del Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras del Centro Médico Integral Familiar y Especialidades, Diálisis La Mariscal, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, durante el año 2017-2018”**, realizado por Rodríguez Rodríguez Rina, ha sido orientado y revisado, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, enero de 2019

f) .....

Dra. Carmen Delia Sánchez León

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Rina Rodríguez Rodríguez, declaro ser la autora del presente trabajo de fin de titulación: Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, médicos y enfermeras, del Centro Médico Integral Familiar y Especialidades, Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, durante el año 2017 - 2018, siendo la Doctora Carmen Delia Sánchez León la directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f. ....

Autora: Rina Rodríguez Rodríguez

CI: 1709605289

## DEDICATORIA

*A mis hijos*

## **AGRADECIMIENTO**

*A la Dra. Rocío Ramírez, Dra. Carmen Sánchez y Lcda. Mercy Ontaneda por su guía y profesional dirección en mi trabajo.*

*Al personal Directivo, Administrativo y de Salud, del Centro Integral Familiar y Especialidades, Diálisis La Mariscal de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) por su apoyo y colaboración en la elaboración de este estudio.*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Conceptualización del término “Burnout”.....	6
1.2. Desarrollo y Fases.....	8
1.2.1. Golembiewskt, Munzneider y Carter (1983).....	8
1.2.2. Leiter y Maslach (1988).....	9
1.2.3. Lee y Ashford.....	10
1.2.4. Gil-Monte, Peiró y Vacárcel (1995).....	10
1.3. Consecuencias del “Burnout”.....	11
1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.....	11
1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.....	12
1.2.2. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.....	12
1.4. Modelos Explicativos del Burnout.....	13
1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	13
1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.....	13
1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	13
1.4.1.3. Modelo de Pines.....	14
1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.....	14
1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio social.....	14
1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli.....	14
1.4.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy.....	15
1.4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional.....	15
1.4.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	15
1.4.3.2. Modelo de Winnubst.....	16
1.4.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	17
1.4.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el trabajo.....	17
1.4.4.1. Modelo Tridimensional de MBI – HSS (Maslach y Jackson).....	17
1.4.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.....	17
1.4.4.3. Modelo de Price y Murphy.....	18
1.4.5. Modelo de la Teoría Estructural.....	18
1.4.5.1. Modelo de Gil Monte.....	18
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	20
2.1. Objetivos.....	21
2.1.1. Objetivo General.....	21
2.1.2. Objetivos Específicos.....	21
2.2. Preguntas de investigación.....	21
2.3. Diseño de la investigación.....	22
2.4. Contexto de la investigación.....	22
2.5. Población y Muestra.....	23
2.6. Instrumentos aplicados.....	24
2.6.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	24

2.6.2. Inventario de burnout de Maslach.....	24
2.6.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).....	25
2.6.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	26
2.6.5. Cuestionario MOS de apoyo social.....	27
2.6.6. Cuestionario EPQR-A.....	28
2.7. Procedimiento.....	28
2.8. Recursos.....	29
CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	30
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	60



## RESUMEN

El síndrome de “burnout” es un estado de estrés laboral cuyos estudios reflejan que el personal de atención en el área de salud es el más propenso a padecerlo, afectándose su salud y su entorno familiar y laboral, así como el bienestar de sus pacientes, razón por la que se contempló la evaluación a 20 médicos y 20 enfermeras que prestan sus servicios en el Centro Médico Familiar Integral de Especialidades, Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito. El alcance del estudio se enfocó tanto en el aspecto exploratorio como correlacional, se realizó una investigación cuantitativa bajo un diseño no experimental con un análisis transeccional. Se utilizaron seis instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico, Maslach Burnout Inventory (MBI), General Health Questionnaire (GHQ-28), Brief Cope, Apoyo Social (AS), y, Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (EPQR-A).

Se concluye en la investigación que el síndrome de “*burnout*”, no está presente en el personal evaluado, existiendo pocos casos con niveles bajos en agotamiento emocional y realización personal, y altos en despersonalización.

Palabras claves: “*burnout*”, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal.

## **ABSTRACT**

The “burnout” syndrome is a state of work stress whose studies show that health care personnel are the most likely to suffer from it, affecting their health and family and work environment, as well as the wellbeing of patients, reason why the evaluation was contemplated to 20 doctors and 20 nurses who provide their services in the Integral Family Medical Center of Specialties, Dialysis La Mariscal of the Ecuadorian Institute of Social Security (IESS) in Quito. The scope of the study focused on both, the exploratory and correlation aspects, a quantitative research was carried out under a non-experimental design with a transactional analysis. Six instruments were used: Sociodemographic Questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI), General Health, Questionnaire (GHQ-28), Brief Cope, Social Support, and, Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (EPQR-A).

It is concluded in the research that the syndrome of “burnout” is not present in the evaluated personnel, even being few cases with low levels in emotional exhaustion and personal fulfillment and high in depersonalization

Key words: burnout, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment.

## INTRODUCCIÓN

El tema investigado en este estudio es la identificación del síndrome de “*burnout*” en profesionales de la salud del Centro Médico Integral de Especialidades, Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), sobre la base de que a pesar de que no es el único, es un grupo que es propenso a padecerlo. Son varias las investigaciones realizadas y las teorías sobre la problemática aquí tratada, estas y sus autores se encuentran descritas en el capítulo del marco teórico de este estudio, donde se detalla la conceptualización del término, el desarrollo y sus fases, las consecuencias y los modelos explicativos del “*burnout*”.

La Universidad Técnica Particular de Loja ha venido promoviendo y auspiciando estudios sobre este síndrome en profesionales de la salud, a través de sus tesis de la titulación de Licenciatura en Psicología, contando actualmente con varios trabajos que aportan en gran medida a la sociedad y a las instituciones de servicios de salud tanto públicas como privadas, con el fin de conocer el síndrome, sus causas y consecuencias dentro del marco de la realidad ecuatoriana, y de esta manera propender a mantener los índices de estrés laboral en niveles bajos y manejables, y a implementar de manera oportuna las acciones correctivas, de ser el caso.

Tomando en cuenta que el Centro Médico Integral de Especialidades, Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), tiene una afluencia masiva de usuarios y que sus directivos lo están manejando como un “centro piloto” dentro del plan de modernización y mejoramiento de los servicios médicos del Instituto, teniendo un alto interés en que se mantengan los índices de estrés laboral en niveles bajos y manejables, se da paso a este estudio con el fin de plantear si existe actualmente presencia del síndrome de “*burnout*” en los profesionales médicos y de enfermería de la institución, para lo cual se plantea una investigación exploratoria correlacional, es un estudio cuantitativo bajo un diseño no experimental con un análisis transeccional y se utilizaron seis instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico, Maslach Burnout Inventory (MBI), General Health Questionnaire (GHQ-28), Brief Cope, Apoyo Social (AS), y, Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (EPQR-A), para con esto dar respuesta a las preguntas planteadas para esta investigación.

El estudio fue realizado con 20 médicos y 20 profesionales de enfermería de la Institución, quienes colaboraron de manera entusiasta con las reuniones, información y datos solicitados, se

aprecia una cultura organizacional y un ambiente positivo y de compromiso ante el cambio, desarrollo y progreso de la entidad, lo que facilitó el trabajo de investigación, la obtención de los resultados, el análisis de los mismos, y las conclusiones y recomendaciones aquí presentadas.

**CAPÍTULO 1**  
**MARCO TEÓRICO**

## 1.1. Conceptualización del término “Burnout”

Burnout es un término que, sin pertenecer al diccionario de la Real Academia de la Lengua española, es utilizado en nuestro idioma para referir a un estado con síntomas de estrés.

Según el diccionario Webster, en su línea pertinente dice: “exhaustion of physical or emotional strenght” cuya traducción literal al español sería: “agotamiento de fuerza física o emocional”.

Haciendo una traducción literal sería simplemente “quedar quemado” y se utiliza el término como sinónimo del estrés laboral.

El síndrome no se encuentra descrito en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), no consta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), ni está especificado en el Manual de la Asociación de Psicología (DSM-V)

El profesional en Psicología, Freudenberger (1974), empieza a nombrar al “agotamiento profesional” como “burnout”, y es de esta manera en la que hace la referencia de este síndrome en su libros escritos tanto con Gail North como con Geraldine Richelson, donde concreta su concepto en razón de describir sensaciones y sentimientos de agotamiento y frustración, así como su relación directa a la carga excesiva de trabajo con su consecuente problemática en la productividad, es a él a quien se le atribuye la primera conceptualización del término.

No hay una explicación clara de cómo exactamente este psicólogo deduce el término “burnout”, inclusive se especula que lo tomó en base a la novela de Graham Greene, “A Burn-Out Case” que data de 1960.

A inicios de la década de los años 80, Christina Maslach, Susan Jackson, dan definición al “burnout” y lo describen como un síndrome de baja realización personal, despersonalización y cansancio emocional, definiéndolo como una manera no adecuada de afrontar el estrés en su estado crónico.

Maslach, Jackson & Leiter (1986), publican y ponen al servicio de la ciencia el Cuestionario de Maslach (Maslach Burnout Inventory), actualmente convertido en el instrumento más utilizado en todo el mundo con traducción a varios idiomas, se realiza en un tiempo de 10 a 15 minutos, tiene 22 ítems, mide cansancio emocional, despersonalización y realización personal, y cuenta con una

fiabilidad que llega al 90%, se enfoca en tres elementos específicos, el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional.

A finales de los 80 y durante la década de los 90, el Psicólogo Michael Leiter continúa con este estudio profundo con importantes aportes a la relación de las personas con su trabajo.

Pedro Gil Monte, Psicólogo, Catedrático y autor de libros, presenta en 1997 su primera publicación sobre el burnout llamado “Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse” y una década después “Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar”.

Gil Monte (1997), define al burnout como “una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional”

Son varios los autores que en estos últimos años han hecho su aporte a la ciencia con el tema del burnout, en 1997, inician sus estudios y definiciones el Dr. Michael Matteson conjuntamente con John Ivancevich haciendo varias publicaciones; en 1999 el Doctor Francisco Ramos Campos (España) con su libro “El Síndrome de Burnout”; en 2003, la Doctora María Antonia Manassero, española, con su libro “Estrés y Burnout en la Enseñanza”; a partir del 2006, el español José M. Peiró tiene una serie de publicaciones en distintos medios como revistas y diarios.

Felton (1998), define que burnout es “cualquier forma de agotamiento físico o emocional relacionado con el estrés laboral y que afecta a cualquier trabajador, aunque se ve con mayor frecuencia entre los profesionales de los servicios que atienden a personas”.

Pines, Aronson & Kafry (1981), señalaron que el «burnout» es “el cansancio físico, mental y emocional causado por un involucramiento excesivo en el trabajo”.

Para Pines (2000), el origen del burnout nace de la necesidad de pensar que tanto las cosas que hacemos como nuestra vida son importantes.

Si bien varios de estos autores concuerdan con que el síndrome de Burnout se produce en respuesta al estrés originado por causas relacionadas al trabajo excesivo, hay varias concepciones, que si bien no difieren en su esencia, contemplan otras visiones del síndrome, entre estos Ronald J. Burke y Astrid M. Richardsen para quienes el burnout es un proceso de adaptación del estrés laboral, o Barry Farber quien en cambio lo define como un reflejo de la mayor parte de los ambientes de trabajo en la actualidad.

Cabe recalcar también que en algo en que los varios estudiosos sobre el tema coinciden es que es un síndrome que se encuentra con índices de crecimiento altos por lo tanto preocupantes.

Si bien es un síndrome que afecta a personas de distintas profesiones, (Pines & Aronson, 1988), se ha contemplado una incidencia mayor en profesionales que atienden a personas, especialmente en los ámbitos de salud, ya sea en atención primaria o especializada (Olmedo Montes, 2001). Teniéndose un mayor aporte en lo referente a literatura, estudios y casos, en profesionales de la salud.

Cabe destacar también la afirmación de (Fayos, 1995), quien afirma que: “al síndrome se lo puede apreciar en todo tipo de trabajos o actividades inclusive en el ámbito deportivo y en niños y adolescentes en edad escolar”.

El ritmo de vida actual, hace que cada vez aparezcan patologías o síndromes relacionados con el estrés, este es el caso del síndrome de “burnout”, analizado en este documento, en los profesionales de la salud, pero que como podemos revisar en los detalles precedentes, puede afectar en cualquier tipo de profesión.

Analizando y comparando los diferentes modelos detallados, se podría concluir que, si bien hay aspectos entre unos y otros que difieren entre sí, más bien todos ellos son complementarios y nos dan la posibilidad de ver el síndrome desde distintos enfoques, tratados y percepciones, dando cada uno de ellos un importante aporte al estudio del “*burnout*”.

## **1.2. Desarrollo y Fases**

En este apartado se demuestra que el “burnout” no es un síndrome que aparece súbitamente o de un día a otro en una persona, sino que más bien tiene un proceso por el que el individuo pasa hasta llegar a padecerlo, como se puede conocer, al comparar estos cinco autores que han hecho su análisis del transcurrir de este proceso.

### **1.2.1. Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1983)**

Golembiewsky, Munzenrider & Carter (1983), publican su estudio en el que definen que: “el síndrome de burnout es un proceso y que en su desenlace produce malestar en las personas”.

Al analizar lo descrito por estos autores, se puede resumir que son varias las causas para llegar a este punto de estrés, entre las más importantes podemos nombrar el exceso de trabajo y la falta de motivación laboral. Es en este punto que las personas pierden su autocontrol y empiezan



a bajar su autoestima, se vuelven irritables y presentan síntomas de fatiga constantes, que, si bien la muestran en el aspecto físico, realmente se encuentra básicamente en su parte psíquica.

Estos autores definen la segunda fase de este proceso cuando las personas incluyen en su comportamiento estrategias de cómo afrontar la situación, una de estas estrategias es imponiéndose una distancia entre él y el estresor laboral, pero esto no siempre tiene el mismo desenlace. Una opción es que sea sano para el trabajador ya que este brinda al usuario una atención adecuada pero sin internarse en su conflicto, y la segunda opción que resulta realmente nociva para el profesional, en el que este actúa indiferentemente con sus clientes o usuarios, brindando una atención superficial que llega inclusive al punto de ignorarlos, es aquí donde se puede diagnosticar la existencia del síndrome de burnout en su acepción de despersonalización, que es la primera de las tres actitudes identificadas como parte de la descripción del síndrome. Es decir, de aquí se pasa a la baja realización personal y al consecuente agotamiento emocional, lo que implica una baja productividad en todo sentido ya que no se ve afectada solamente la parte emocional y psicológica, sino que, en un grado avanzado, esto da paso a tener ya complicaciones psicosomáticas.

### **1.2.2. Leiter y Maslach (1988)**

Maslach & Leiter (1988), plantean que las personas al estar expuestas a fuertes estresores en el trabajo tienden a padecer cansancio, convirtiéndose este en el problema principal del síndrome, el cual genera la despersonalización, perdiendo su compromiso y responsabilidad ante su obligación laboral y recae en la ausencia de realización personal laboral, siendo la despersonalización el lazo de unión entre el cansancio emocional y la realización personal.

En 1993, Michael Leiter replantea su formulación basado en varias investigaciones y trabajos realizados por él en los tres años anteriores, concluyendo que la significancia de la correlación antes descrita entre la despersonalización y la realización personal no tiene el peso supuesto inicialmente.

Su hipótesis se basa en que la respuesta de la persona ante los estresores laborales se define como cansancio emocional y si este se vuelve arraigado, se desarrolla la despersonalización como una forma de reaccionar ante este.

### **1.2.3. Lee y Ashford (1993)**

Lee & Ashforth (1993), proporcionan un aporte al estudio de este síndrome considerando en cambio que el cansancio emocional está causado básicamente por la despersonalización y la baja realización personal, su tesis ha sido apoyada y adaptada por otros autores en los años 1993 y 1994.

### **1.2.4. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)**

En 1995 Pedro Gil-Monte, José Peiró y Pilar Valcárcel, analizando los estudios anteriores, dan su aporte en las fases del síndrome de burnout, describen como variables mediadoras a las cogniciones y emociones entre lo entendido como la percepción del estrés y la actitud y la conducta de respuesta.

Para estos autores la fase se inicia con la baja realización personal, al mismo tiempo que se encuentra presente el cansancio emocional y es aquí donde surge la despersonalización como una posibilidad de respuesta o afrontamiento.

Es así como aplicando estos conceptos al estilo de vida, de trabajo y los estresores a los que están expuestos los profesionales de la salud, podemos tener una base concreta y técnica para hacer el análisis y diagnóstico del síndrome o de la fase del síndrome en la que cada uno se encuentra.

Contrastando lo expuesto por estos autores podemos concluir que el síndrome, materia de este estudio es un proceso gradual y es un proceso que, si bien cada uno de ellos lo pone en orden diferente, termina en la afectación del bienestar de la propia persona y de terceros relacionados con ella en los diferentes ámbitos.

### **1.3. Consecuencias del “Burnout”**

El síndrome de “burnout”, al afectar la parte emocional de la persona, aqueja a todo su ámbito de desenvolvimiento en la vida, en su salud física, mental, en su ambiente laboral y por supuesto en su entorno familiar, es por esto por lo que ha ameritado estudios desde hace varios años para poder diagnosticarlo, tratarlo y superarlo.

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

Revisando los estudios realizados en este tema, sobre todo los tomados en cuenta en las páginas anteriores, podemos deducir que las consecuencias del burnout son definidas por algunos autores como síntomas o efectos.

También se puede anotar sobre la misma base que el burnout tiene síntomas que son iguales a los de algunos trastornos como la depresión y la ansiedad, es así que no es sencillo poder diagnosticar el síndrome.

Entre los trastornos con los que tendría relación el burnout se encuentran los trastornos psicológicos con síntomas físicos, es decir, molestias físicas de las cuales no se tiene un sustento patológico físico claro.

Dentro de estos trastornos relacionados al burnout, Cherniss (1980), da importancia a la ansiedad en niveles altos. Hills & Norvell (1991), destacaban en cambio la importancia del neuroticismo, mientras que Farber (1983) asocia los patrones de conducta, son Mc Knight & Glass (1995) quienes determinan la relación con la depresión.

(Cherniss, 1980), agrupa las consecuencias del “burnout” en factores físicos, emocionales y conductuales, y afirma que:

“El malestar físico en las personas los lleva a sentir cansancio, cefaleas, dolorosas contracciones musculares, falta de sueño, baja de peso, problemas intestinales, arritmia, baja de defensas por lo que adquieren virus o alergias repetidamente.

Los problemas emocionales en cambio son la falta de concentración, alto nivel de ansiedad, niveles bajos de autoestima, presencia de depresión, sentimientos de soledad y abandono e inclusive ideas suicidas.

En el campo de lo conductual las afectaciones se ven en comportamientos no sanos como consumo de drogas, adicciones, absentismo, deterioro en las relaciones sociales, comportamientos agresivos e hiperactivos, hostilidad con los próximos”.

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

Fidalgo (2000), asevera que el síndrome de burnout disminuye la calidad de las relaciones personales del trabajador, este baja su rendimiento y deja de ser productivo.

Maslach & Jackson (1981), encontraron que los trabajadores que padecen el síndrome regularmente infringen las normas, se retrasan a la hora de entrada y se ausentan del trabajo en horas laborales.

Maslach & Leiter (1997), relacionan el burnout con las expectativas que las personas tienen de su trabajo.

En lo referente a profesionales de la salud, Mansilla (2014), determina que el trabajador pierde el interés, la motivación y el afecto que tenía por su profesión y no se duele, ni se involucra con sus pacientes.

Gil-Monte (2000), afirma que el deterioro en la calidad del trabajo desempeñado es el daño mayor del burnout, esto lo podemos evidenciar en los usuarios del servicio de salud, en su malestar y sensación de no ser tomados en cuenta con la debida importancia.

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

Grzywacz & Bass (2003), plantean que hay una relación directa y recíproca entre la familia y el trabajo, el uno necesariamente afecta al otro y a la inversa.

Greenhaus & Parasuraman (1999), determinan que el estrés en el trabajo produce un conflicto interno en el trabajador, y este a su vez se convierte en un conflicto con el entorno, dentro del cual se encuentra el ámbito laboral y la familia.

Basados en estas afirmaciones, podemos concluir que todas las consecuencias que el “*burnout*” tiene en los trabajadores, necesariamente afectarán a sus familias y en esto entran tanto los factores físicos como los emocionales y los conductuales.

Se han analizado los tres aspectos más significativos en los que el síndrome del “*burnout*” afecta a las personas que lo padecen, no sería adecuado ponerlos en orden de importancia, ya que el quebranto en cualquiera de ellos automáticamente afectará al otro, y así es como la afectación de esta cada vez es más fuerte y su deterioro puede llegar a grados importantes. Aquí se puede concluir que cada persona para tener una vida estable, debe tener un alto nivel de bienestar tanto en su salud, su familia y su trabajo.

#### **1.4. Modelos Explicativos del Burnout**

El ámbito profesional en el que se puede desarrollar el “*burnout*” es tan extenso como variado, y llega a ser prácticamente cada caso un caso único, por lo que los estudiosos en este campo tienen diversas teorías y modelos desde los que los describen.

##### **1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva**

###### **1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison**

Harrison (1983), asevera que los profesionales de servicios a las personas tienen una muy alta motivación de ayuda. Incluye factores tanto de ayuda como factores de dificultad. Entre los factores de ayuda están las metas de trabajo ajustadas a la realidad, equidad entre los valores del profesional y de la organización, las posibilidades de capacitación, los medios económicos y, la carga de trabajo. La eficiencia laboral va en relación motivación-eficiencia.

Entre los factores de dificultad, existe una baja eficacia, no se llega a las metas y esto desmotiva al trabajador, el tener metas irreales que sobrepasan la capacidad de ayuda, llevándolo progresivamente al padecimiento del síndrome de “*burnout*”.

###### **1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss**

Cherniss (1993), destaca una relación directa entre el éxito que un trabajador puede sentir con las instituciones que tienen políticas internas en función de la prevención del síndrome de burnout. Cherniss (1993), hace referencia a Bandura (1989), en la incorporación de su “autoeficacia percibida”, la cual se refiere a lo que las personas creen acerca de su capacidad de controlar las situaciones que pueden afectarlas.

Bandura (1989), concluye que la sensación de estrés es menor en las personas con una fuerte “autoeficacia percibida”, pues afirma que la percepción del estrés por parte de estos trabajadores es en un nivel menor y se debe a su creencia de que son capaces de afrontarlo, ya que, en efecto, esta “autoeficacia percibida” es una herramienta valiosa para una mejor valoración personal, lo que influye en cómo apreciamos las situaciones que nos afectan.

#### **1.4.1.3. Modelo de Pines**

En otro punto de vista, Pines (1993), define en su modelo que el burnout se presenta en los trabajadores que se han puesto metas muy altas en su trabajo de servicio social, ayuda humanitaria, apoyo comunitario o trabajos afines, incluyendo los de voluntariado, y que no las pueden lograr por cualquier razón que esta sea, es decir, las expectativas son muy altas, se refiere a un estado de desilusión. La apreciación de este autor va de la mano directamente con la relación que debe existir entre las metas y las posibilidades reales de cumplirlas, y de que cada persona sea capaz de definir metas acordes a su capacidad y al acceso a las herramientas necesarias para realizarlas.

#### **1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper**

Thompson, Page & Cooper (1993), contemplan cuatro componentes participantes en la presencia del burnout, estos son: las diferencias entre las tareas demandadas y los recursos con que cuenta la persona, los niveles de autoconciencia, la expectativa de éxito y los sentimientos de autoconfianza, factores que intervienen cuando el sujeto, luego de varios fracasos en su intento por conseguir sus metas, no es capaz de afrontar la decepción. Se traza como objetivo de este modelo, una reducción de las desconformidades en la consecución de metas profesionales.

Thompson, Page & Cooper (1993), destacan la autoconciencia como un factor primordial en la causa del burnout ya que esta se encuentra descrita como rasgo de personalidad y es lo que permite que el sujeto regule su percepción de los estresores mientras se encamina en el trabajo para llegar a una meta.

## **1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social**

### **1.4.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli**

Buunk & Shaufeli (1993), basan su modelo en las causas del síndrome de burnout en profesionales de enfermería, y destacan dos elementos comprendidos en las causas de este síndrome: los procesos de relaciones sociales entre ellos y sus pacientes y su relación con los colegas de trabajo.

Así mismo, Buunk & Shaufeli (1993), citan tres orígenes de estresores que tienen que ver con el intercambio social: “la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control”. En lo referente a la incertidumbre la definen como la sensación del trabajador de no tener claros cuáles son sus sentimientos, y cómo debe él actuar en determinada circunstancia. La percepción de equidad es en este caso el resultado de equiparar lo dado y recibido en lo referente a las relaciones sociales. El tema de falta de control se refiere a la incapacidad o capacidad de sujeto en el control de sus acciones en el trabajo y los resultados de estas.

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

Hobfoll & Freddy (1983), en el desarrollo de su modelo aseveran que los estresores se activan cuando los trabajadores sienten que los elementos que son la fuerza de su motivación están amenazados, es ahí donde surgen las dudas sobre lo que son o no capaces de hacer para llegar a sus metas laborales.

Hobfoll & Freddy (1983), dan vital importancia a las relaciones interpersonales dentro del ámbito laboral, así como a las estrategias de afrontamiento que según ellos deben ser realizados activamente.

Los recursos de los trabajadores son otro tema en que estos autores sugieren poner énfasis ya que el mantener un alto nivel de recursos personales es lo ideal, y tratar de perderlos lo menos posible es lo propuesto, ya que recuperar recursos o encontrar recursos externos no resulta fácil, esto los llevará a tener menos estrés, por lo tanto, disminuir el riesgo de caer en los síntomas de este síndrome.

### 1.4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional

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

Cito a Golembiewski et al. (1988), quienes, basados en su descripción de las fases del burnout en las que destacan que es un proceso que va de la despersonalización al bajo logro personal y luego al cansancio emocional, y señalan que el efecto de los estresores se pueden graficar en un modelo en el que la medición del desarrollo del síndrome se pueden graficar en ocho fases, donde los trabajadores pueden ser valorados en “alto” (A) o “bajo” (B) en cada una de ellas y en las tres dimensiones detalladas anteriormente. Las puntuaciones de la tabla indican que la fase uno es la menos fuerte y la ocho la de mayor intensidad.

Los autores señalan también que no necesariamente el sujeto debe pasar por cada una de las fases, sino que más bien esto depende de la categoría del desarrollo del síndrome, es así que si es crónica va de la fase I a la VIII, o, aguda, detallándose la presencia de los síntomas en las diferentes fases.

Golembiewski et al. (1988), consideran que a partir de la fase VI, la satisfacción laboral de individuo se la califica como nula y con una deficiencia clara en su rendimiento.

TABLA Modelo de las fases progresivas del burnout propuesto por Golembiewsky y Munzenrider (1988)								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Logro Personal (inverso)	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Agotamiento Emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto



#### **1.4.3.2. Modelo de Winnubst.**

Winnubst (1993), plantea que existe una relación entre los estresores, la tensión y el soporte social en el ámbito estructural y cultural de la organización, es decir, las causas del síndrome de burnout se dan por razones de los inconvenientes en este aspecto de la institución, variando dependiendo del tipo de organización y su consecuente estructura.

Es entonces donde Winnubst (1993), sugiere hacer las intervenciones para la prevención o la disminución de la incidencia del burnout, sea cual fuere el tipo de profesionales.

En este modelo se establecen también las diferencias entre la burocracia mecánica y la burocracia profesionalizada, ya que se define que, en la primera, la importancia se da a la jerarquía y a la autoridad, mientras que en la segunda el trabajo en equipo y la dirección son los factores que toman mayor relevancia.

Son varios los factores sobre los que Winnubst (1993), basa su modelo, para el autor, el apoyo social en cada una de las estructuras de las organizaciones son adecuadas a ese tipo de estructura; existe una dependencia entre el clima laboral y el apoyo social, es decir los efectos del uno recaerán directamente en el otro; los valores y la ética de la organización son los que regulan la estructura organizacional, la cultura y el apoyo social, lo que permite tener una medida de la incidencia del burnout en los trabajadores.

#### **1.4.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.**

Cox, Kuk & Leiter (1993), toman las tres dimensiones del síndrome de burnout y le dan su significado a cada una de estas, es así que, el agotamiento emocional para ellos es la base del burnout, la despersonalización es la forma de afrontar el agotamiento y la baja realización personal es la medición de la cognición de los estresores a los que el trabajador está expuesto. Consideran también que este síndrome se da básicamente en las personas que trabajan en servicios humanitarios.

Aseveran que una organización saludable puede tener una influencia positiva en la prevención y disminución de este 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).**

Para describir el Modelo Tridimensional de MBI – HSS (Maslach y Jackson) referimos que es la versión del original Cuestionario de Burnout de Maslach, MBI, por sus siglas en inglés, específicamente elaborado para hacer la evaluación a personas que trabajan dando atención a otras personas, la cual data del año 2001.

Inicialmente el cuestionario creado por Maslach y Jackson en el año 1981, fue probado y analizado en poblaciones de diferente número de personas hasta llegar a la definición de tridimensional por sus tres características de medición, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal y, si bien existen cuestionarios e investigaciones que se utilizan alrededor del mundo, sin duda alguno, el de mayor popularidad es este.

El MBI incluso actualmente sigue siendo objeto de estudio y de modificaciones según se van dando los avances en el conocimiento de este síndrome que, a luz de la verdad, es de un reconocimiento reciente.

##### **1.4.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.**

Según afirman Edelwich y Brodsky (1980), el síndrome de burnout se hace presente cuando la persona que ha estado motivada para trabajar en ayuda a otras personas y proporcionarles un cambio de vida, ve que esto no fue posible, y en los casos en que las instituciones no proporcionan recursos ya sea económicos o motivacionales, así como la estabilidad y la presión laboral, el impacto es aún mayor.

Edelwich y Brodsky (1980), determinan cuatro períodos por los que atraviesan los profesionales que brindan servicios de salud, primeramente, son objeto de un alto nivel de entusiasmo, pasan luego al estancamiento debido a que las metas no se cumplen en los períodos estipulados, en la tercera parte aparecen los sentimientos de frustración seguida de la etapa final en la que prevalece la apatía.

El aporte de estos autores es muy valioso al identificar y definir estos cuatro periodos, que se ha comprobado se presentan en quienes padecen el síndrome y que al ver la presencia de ellos en un individuo es factible identificar la prevalencia del Burnout.

#### **1.4.4.3. Modelo de Price y Murphy.**

Price y Murphy (1984) definen al burnout como un proceso en el que el individuo pasa por diferentes fases en las cuales se va adaptando a los estresores laborales. Dan importancia especial al sentimiento de culpa, determinándolo como causa principal del síndrome y destacan sus consecuencias para el trabajador, para la organización y para su familia ya que la productividad y la eficiencia social se ven absolutamente disminuidas, dando paso a una persona llena de sentimientos de estar sola y triste.

Las fases descritas por los autores se inician con la desorientación, luego pasa a la labilidad emocional la cual lo lleva a la culpa y ésta a la soledad y a la tristeza.

#### **1.4.5. Modelo de la Teoría Estructural**

##### **1.4.5.1. Modelo de Gil Monte.**

Señalando a Gil-Monte & Peiró (1997), vemos que clasifican los modelos etiológicos del burnout y le dan cuatro enfoques desde su punto de investigación, la Teoría Socio Cognitiva del Yo, la Teoría del Intercambio Social, la Teoría Organizacional y la Teoría Estructural.

La Teoría estructural es la que toma el historial del trabajador que abarca su comportamiento en las áreas de su persona, sus relaciones interpersonales y sus relaciones dentro de la organización, y así poder evaluar integralmente al individuo. Todo esto basado en una relación de ida y vuelta entre lo que el individuo demanda y sus fortalezas en el afrontamiento.

Los autores señalan que el estrés laboral es la causa del síndrome de burnout cuando el trabajador no tiene los recursos internos suficientes para afrontarlo en situaciones amenazantes.

Como se puede inferir, en vista de la amplia definición del síndrome de “burnout” se ha visto necesario un estudio y detalle más profundo de su clasificación, de allí los cuatro aspectos que en este apartado se analizan pormenorizadamente y con un enfoque distinto cada uno, tratando de cubrir todas las áreas y características que presenta esta sintomatología.

Cada uno de estos autores presenta su propio enfoque de descripción de los modelos expuestos, pero todos ellos coinciden en que la afectación del síndrome depende de cada persona, de su manera de enfrentar las situaciones, de su forma de percibir su propia realidad y del modo en que cada una utiliza sus recursos internos para enfrentar su vida.

## **CAPÍTULO 2 METODOLOGÍA**

## **2.1. Objetivos**

### **2.1.1 Objetivo General**

Identificar la prevalencia del síndrome de “*burnout*” y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización), en el personal médico y médico administrativo del Centro Médico Integral Familiar y Especialidades, Diálisis La Mariscal, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), de la ciudad de Quito.

### **2.1.2. Objetivos específicos**

- Conocer la información personal y laboral del personal médico y médico-administrativo.
- Valorar los niveles de desgaste laboral, actitud y sentimientos del personal hacia los pacientes.
- Determinar el nivel de salud mental de los participantes
- Identificar las formas en las que los sujetos afrontan los problemas y situaciones difíciles.
- Evaluar las fortalezas de los individuos con relación al apoyo con el que cuentan en su red social.
- Identificar las formas de pensar y de sentir del personal

## **2.2. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las particularidades de la situación social y laboral del personal médico y médico-administrativo?
- ¿En qué rangos se encuentra la prevalencia de desgaste laboral en el personal?
- ¿Cuál de los tres aspectos identificados tiene niveles más altos de desgaste?
- ¿Cuál es el estado de salud mental de los participantes?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los sujetos ante los problemas y las dificultades?

- ¿Cuál es el nivel de apoyo con el que cuentan los individuos dentro de su entorno social/familiar?
- ¿La forma de pensar y sentir del personal es homogénea o muy diferente?

### 2.3. Diseño de la investigación

El alcance del presente estudio fue enfocado en dos aspectos: el primero, **exploratorio**, tratando un tema del que se ha estudiado poco y que se ha abordado en contextos similares, comparando los datos desde aspectos diferentes con el propósito de complementar los estudios ya realizados, y el segundo, **correlacional**, ya que se asoció variables mediante un patrón predecible para un grupo específico de profesionales.

Se realizó una investigación **cuantitativa**, ya que se trabajó sobre la búsqueda de resultados numéricos, el diseño elegido para el análisis fue el **no experimental**, es decir, no se han manipularon deliberadamente las variables, sino que se observó el fenómeno tal como sucede en su contexto original.

Dentro del ámbito de lo **no experimental**, el análisis fue **transeccional (transversal)**, las variables se describieron y analizaron en un momento único, y se manejaron los criterios de investigación **transeccional exploratoria** y **transeccional descriptiva, exploratoria** ya que dio inicio a conocer sobre una variable específica, y **descriptiva**, por la indagación sobre los datos de las variables en la población específica investigada. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### 2.4. Contexto de la investigación

Esta investigación evaluó al personal médico y médico administrativo del Centro Médico Integral Familiar y Especialidades, Diálisis La Mariscal, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), ubicado en el centro norte del Distrito Metropolitano de Quito, inaugurado en diciembre del 2016, el cual atiende a pacientes de todos los sectores de la ciudad y del país, descongestionando la atención que brinda el Hospital del IESS Carlos Andrade Marín (HCAM), y disminuyendo el número de derivaciones de pacientes a prestadores externos privados. El Centro está catalogado como un Establecimiento de Salud de Segundo Nivel de Atención – Primer Nivel de

Complejidad y Centro de Especialidades Ambulatorio, siendo parte del plan de nueva infraestructura hospitalaria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Las modernas instalaciones con equipos de última tecnología se encuentran distribuidas en 10 pisos, 64 consultorios para atención médica en 22 especialidades: gastroenterología, anestesiología, fisioterapia, nutrición, psicología, psiquiatría, odontología, odontopediatría, dermatología, traumatología, oftalmología, cirugía vascular, cirugía general, otorrinolaringología, urología, medicina familiar, ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, neurología, geriatría y cardiología. Cuenta también con Servicios de Imagenología (ecografías, Rx, mamografías, tomografías, densitometrías y panorámicas odontológicas). Presta también servicios de Laboratorio Patológico y Clínico, Medicina Física y Rehabilitación. Con una atención ininterrumpida de lunes a domingo, se calcula que el centro tendrá alrededor de 400.000 atenciones por año, beneficiándose un número aproximado de 1,2 usuarios anualmente. El personal está compuesto por un 80% de profesionales de la salud.

## **2.5. Población y Muestra**

La población con la que se realizó el presente estudio fue el personal médico y administrativo-médico del Centro Médico Integral Familiar y Especialidades, Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), entidad pública ubicada al centro norte de la ciudad de Quito.

Fue una muestra de accesibilidad, no probabilística y accidental, se programó para recolectar los datos de 40 personas, 20 pertenecientes al personal médico y 20 al personal de enfermería de la Institución, quienes concuerdan con las especificaciones de inclusión requeridas. No obstante, siguiendo los criterios de inclusión, se concluyó la recolección de datos con las 40 muestras programadas.

Tomando en cuenta el derecho básico del respeto referido en la Declaración de Helsinki, se procedió a solicitar el consentimiento para la participación voluntaria de cada persona en la investigación, cuidando las bases éticas que garanticen la confidencialidad de la información personal y el bienestar de los individuos.

## 2.6. Instrumentos aplicados

Se utilizaron seis instrumentos para el procesamiento de la información con la finalidad de medir el *burnout* en los profesionales del Centro Médico Integral Familiar y Especialidades, Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Estos instrumentos fueron:

### 2.6.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Este cuestionario tiene como base dos aspectos, los datos e información personal (género, edad, lugar donde vive, situación familiar), y el detalle de la información laboral de cada participante (profesión, cargo que desempeña, años de experiencia, tipo y horario de trabajo, satisfacción y valoración en el ámbito laboral).

### 2.6.2. Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS]

Se utilizó el inventario de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997), instrumento que, para la medición del desgaste laboral en relación con la actitud y sentimientos del profesional hacia sus pacientes, es el más utilizado en el mundo, y llega a tener resultados confiables hasta en un 90%.

La batería mayormente utilizada en cuestionarios de investigación tiene 22 ítems, utiliza la escala psicométrica de Likert con puntuaciones de 0 (nunca) a 6 (diariamente), y mide tres aspectos del *burnout*:

- a. Agotamiento emocional
  - Evalúa la fatiga emocional debido a la carga de trabajo
  - 9 ítems de 22 (1,2,3,6,8,13,14,16 y 20)
  - Puntuación máxima 54
  - Síntoma de presencia de *burnout* en puntuación alta
- b. Despersonalización
  - Puntúa el reconocimiento de condiciones de comportamiento frías y distantes con los pacientes.
  - 5 ítems de 22 (5,10,11,15 y 22)
  - Puntuación máxima 30
  - Síntoma de presencia de *burnout* en puntuación alta
- c. Realización personal



- Valora los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el ámbito laboral
- 8 ítems de 22 (4,7,9,12,17,18,19 y 21)
- Puntuación máxima 48
- Síntoma de presencia de *burnout* en puntuación baja

(Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

En lo referente a la validez del instrumento o el grado en que mide lo que pretende medir, este es fiable si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9 (González, Lacasta, y Ordoñez, 2008).

### **2.6.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); Modificado de la versión original de Goldberg (1979). Versión Lobo y Cols (1981)**

El **GHQ** (Goldberg Health Questionnaire), es un cuestionario auto-administrado que evalúa el grado de severidad en la ausencia de salud mental desde la perspectiva de la medicina a nivel primario y preventivo, se debe proporcionar la información de las últimas semanas antes de la entrevista, tiene 28 ítems, utiliza la escala psicométrica de Likert con puntuaciones de 0 (no, en absoluto) a 4 (mucho más que lo habitual), el punto de corte es de 5/6, el cual indica la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y mide los siguientes cuatro aspectos:

- a. Síntomas Somáticos
  - Salud
  - Energía
  - Agotamiento
  - Enfermedad
  - Dolor de cabeza
  - Opresión en la cabeza
  - Calor o escalofrío
- b. Ansiedad e Insomnio
  - Preocupación y sueño
  - Dormir de corrido
  - Agobio
  - Nervios y malhumor
  - Pánico

- Sensación de que todo se le viene encima
  - Estar a punto de explotar
- c. Disfunción Social
- Ocupado y activo
  - Tiempo en hacer las cosas
  - Sensación de hacer bien las cosas
  - Satisfacción
  - Sensación de ser útil en la vida
  - Capacidad para tomar decisiones
  - Disfrutar la vida diaria
- d. Depresión Grave
- Autovaloración
  - Esperanza
  - Valoración de la vida
  - Sensación de querer “quitarse de en medio”
  - Nervios
  - Deseo de morir
  - Pensamientos suicidas

En lo referente a la validez del instrumento, este es fiable si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra en 0.89.

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

Este cuestionario evalúa la forma en que las personas afrontan los problemas o situaciones difíciles, tiene 28 ítems, utiliza para su puntuación la escala psicométrica de Likert con valores de 0 (no he estado haciendo esto en lo absoluto) a 3 (he estado haciendo esto mucho). (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010).

Evalúa los siguientes tipos de afrontamiento:

- a. Afrontamiento activo: Acciones que se están poniendo en práctica para arreglar los problemas

- b. Auto-distracción: Acciones que se realizan para no pensar en el problema sino quitarlo de la mente.
- c. Negación: No afrontar el problema sino negarlo.
- d. Uso de sustancias: El consumo de drogas o alcohol en respuesta evitativa ante situaciones estresantes
- e. Uso del apoyo emocional: Encontrar la fuente de afecto y apoyo en otras personas.
- f. Uso de apoyo instrumental: Buscar información en medios para auto-instruirse sobre el problema que se está enfrentando.
- g. Retirada de comportamiento: No enfrentar la dificultad, con la idea de que esta se puede resolver sola.
- h. Desahogo: Liberación de los sentimientos provocados por el problema.
- i. Replanteamiento positivo: Evaluar los aportes al aprendizaje de enfrentamiento que se pueden obtener del problema.
- j. Planificación: Evaluación de alternativas para solucionar el problema.
- k. Humor: Utilizar el humor como estrategia de afrontamiento y pensamientos positivos ante el problema.
- l. Aceptación: Conocer y reconocer el problema para enfrentarlo con serenidad.
- m. Religión: Refugio donde se puede obtener fortalezas espirituales para afrontar los problemas.
- n. Culpa de sí mismo: Sentimiento de culpabilidad ante los problemas.

En lo referente a la validez del instrumento, este es fiable si el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997).

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

Es un cuestionario autoadministrado que valora el apoyo y la ayuda que la persona puede obtener en la red social en la que se mueve, tiene 20 ítems, utiliza para su puntuación la escala psicométrica de Likert con valores de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Valora cuatro tipos de apoyo social:

- Apoyo emocional: Encontrar orientación y consejo en otras personas con el fin de poder afrontar los problemas.

- Apoyo instrumental: (García C. et al, 2002) Ayuda directa o servicios (transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado, acompañamiento, etc.).
- Amor y cariño: Encontrar afecto y sentimientos de amor en personas cercanas, con quien se pueda sentir escuchado, atendido y querido.

Para la validez del instrumento, este es fiable si el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

### **2.6.6. Cuestionario EPQR-A. Modificado de la versión original H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck. 1975. Versión abreviada Francis, Brown y Philipchalk (1992).**

Los resultados de este cuestionario reflejan las distintas formas de pensar y de sentir, tiene 24 ítems, es un cuestionario de respuestas dicotómicas (SI, NO) y mide básicamente cuatro factores que son:

- Extraversión
- Neuroticismo
- Psicoticismo
- Sinceridad

## **2.7. Procedimiento**

El procedimiento que se siguió en el desarrollo de la investigación fue el siguiente:

- Se solicitó una cita con la Jefe de Talento Humano de la Institución de Salud para presentarle la información del estudio que se desea realizar y los fines de este.
- Se obtuvo una reunión con la Directora Administrativa de la Institución para hacerle conocer sobre el estudio propuesto.
- Se realizó una reunión con la Directora Médica de la Institución para informarle los alcances del estudio planteado.
- Se obtuvo la autorización escrita de parte de las máximas autoridades de la Institución, quienes remitieron el manejo de la investigación al Jefe de Docencia, quien se encargaría de hacer la programación y horarios de toma de datos y aplicación de instrumentos.

- Se procedió a la toma de datos y aplicación de baterías, bajo un horario y esquema determinados previamente por el Departamento de Docencia, en el Aula de Capacitación de la Institución. Primeramente, se pidió el consentimiento informado y de ahí se dio las instrucciones para los diferentes instrumentos.
- Una vez atendidos todos los grupos previstos, se procedió al análisis de la información obtenida.

## **2.8. Recursos**

### **2.7.1. Recursos Humanos**

- Docente Practicum IV – Trabajo de Titulación
- Directora de Tesis
- Tesista
- 20 médicos
- 20 enfermeras

### **2.7.2. Recursos Materiales**

- Fotocopias de instrumentos evaluativos
- Computador

### **2.7.3. Recursos Institucionales**

- Aula de Docencia del Centro Médico

### **2.7.4. Recursos Económicos**

- Fotocopias \$32

**CAPÍTULO 3**  
**PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE RESULTADOS**

### 3.1. Presentación de resultados

#### 3.1.1. Características sociodemográficas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	6,0	30,0	9,0	45,0
Mujer	14,0	70,0	11,0	55,0
	20,0	50,0	20,0	50,0
Total de profesionales de la salud				
<b>Edad</b>				
<i>M</i>	36,0		38,5	
<i>DT</i>	7,8		9,3	
Max	49,0		55,0	
Min	25,0		22,0	
<b>Número de hijos/as</b>				
<i>M</i>	1,1		1,6	
<i>DT</i>	0,9		1,2	
Max	3,0		5,0	
Min	0,0		0,0	
<b>Etnia</b>				
Mestizo/a	13,0	65,0	19,0	95,0
Blanco/a	6,0	30,0	1,0	5,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Indígena	1,0	5,0	0,0	0,0
<b>Estado civil</b>				
Soltero/a	8,0	40,0	6,0	30,0
Casado/a	10,0	50,0	10,0	50,0
Viudo/a	1,0	5,0	1,0	5,0
Divorciado/a	0,0	0,0	2,0	10,0
Unión libre	1,0	5,0	1,0	5,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez

En los valores de variables sociodemográficas, se han evaluado cinco aspectos, tanto para médicos como para el personal de enfermería. En relación al sexo, los médicos hombres son minoría con respecto a las mujeres, en un 30% a 70%, en el caso del personal de enfermería las mujeres superan a los hombres en 55% versus 45%.

En el análisis de la edad de los profesionales, la diferencia entre la edad mínima y máxima de los médicos es de 24 años (entre 25 y 49 años), mientras que en el personal de enfermería es de 33 años (entre 22 y 55 años).

El siguiente aspecto es el número de hijos, en este caso, el personal de enfermería tiene un máximo de 5, mientras los médicos 3 hijos.

En la medición con referencia a la etnia, el personal de enfermería tiene una cifra alta de mestizos (95%), seguida por un 5% de población blanca. En los médicos, los mestizos, si bien son mayoría, tienen un 65%, los blancos son 30% y 5% indígenas.

Las cifras para el análisis del estado civil coinciden en tres ítems, casados 50%, viudos 5% y unión libre 5%, en el personal médico hay un 40% de solteros versus 30% del personal de enfermería, se presenta un 10% de divorciados en el personal de enfermería y ningún caso en el personal médico.

### 3.1.2. Características laborales.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
<b>Ingresos mensuales</b>				
0 a 1000	3,0	15,0	10,0	50,0
1001 a 2000	4,0	20,0	10,0	50,0
2001 a 3000	13,0	65,0	0,0	0,0
3001 a 4000	0,0	0,0	0,0	0,0
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Experiencia profesional</b>				
<i>M</i>	11,1		11,2	
<i>DT</i>	6,8		7,6	
Max	26,0		30,0	
Min	5,0		1,0	
<b>Sector en el que trabaja</b>				



Público	3,0	15,0	19,0	95,0
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	17,0	85,0	1,0	5,0

#### **Tipo de contrato**

Eventual	2,0	10,0	0,0	0,0
Ocasional	8,0	40,0	12,0	60,0
Plazo fijo	0,0	0,0	0,0	0,0
Nombramiento	9,0	45,0	4,0	20,0
Servicios profesionales	1,0	5,0	4,0	20,0
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0

#### **Nº de pacientes/día**

<i>M</i>	22,0	16,3
<i>DT</i>	7,2	14,5
Max	40,0	60,0
Min	12,0	5,0

#### **Recursos Institucionales**

Totalmente	14,0	70,0	6,0	30,0
Mediadamente	6,0	30,0	11,0	55,0
Poco	0,0	0,0	3,0	15,0
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0

#### **Turnos**

Si	7,0	35,0	17,0	85,0
No	13,0	65,0	3,0	15,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC  
Elaborador por: Rina Rodríguez Rodríguez

Se obtuvieron los datos para el análisis de las características laborales en 7 áreas. En lo que refiere a los ingresos mensuales, los médicos están ubicados en tres rangos y el personal de enfermería en dos, de 0 a 1000 dólares 15% de médicos y 50% de personal de enfermería, de 1001 a 2000 dólares 20% de médicos y 50% de personal de enfermería y de 2001 a 3000 dólares el 65% de los médicos.

Los rangos en relación a los años de experiencia profesional son similares en los dos grupos, en el caso de los médicos van de 5 a 26 años y del personal de enfermería de 1 a 30 años.

Se revela una diferencia significativa en el sector en el que trabajan estos profesionales, el 85% de médicos trabaja en actividades simultáneas en el sector público y privado, mientras que

solamente el 5% del personal de enfermería lo hace ya que el 95% de ellos labora solamente en el sector público.

Prevalecen dos tipos de contrato de trabajo entre las personas evaluadas, el contrato ocasional que en médicos es del 40% mientras que el 60% del personal de enfermería trabaja bajo esta modalidad, y, el contrato con nombramiento, en el cual, los médicos lo tienen en un 45% y el personal de enfermería en un 20%. Estas cifras están seguidas por un 5% de los médicos que trabajan bajo servicios profesionales y un 20% de personal médico que lo hace. La cifra menor detectada está en el tipo de contrato eventual, ya que solamente el 10% de los médicos lo tiene.

Los médicos atienden un mínimo de 12 pacientes diarios y un máximo de 40. En el personal de enfermería el mínimo es de 5 y el máximo de 60 pacientes al día.

Relacionando la satisfacción por los recursos institucionales recibidos, los médicos se encuentran mayormente satisfechos que el personal de enfermería, en su caso el 70% lo hace totalmente y el 30% medianamente. En el caso del personal de enfermería, solamente el 30% lo hace totalmente, el 55% medianamente y hay un 15% que lo hace poco.

La mayoría de profesionales del personal de enfermería trabaja en horario extendido o turnos, lo hace el 85%, mientras que los médicos que trabajan bajo esta modalidad son solamente el 35%.

### 3.1.3. Percepción del clima laboral

Tabla 3. Percepción del clima laboral de los/as médicos/as

VARIABLES	Médicos/as							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Percepción de valoración</b>								
Pacientes	0,0	0,0	1,0	5,0	10,0	50,0	9,0	45,0
Familiares de pacientes	1,0	5,0	2,0	10,0	13,0	65,0	4,0	20,0
Compañeros de profesión	0,0	0,0	3,0	15,0	5,0	25,0	12,0	60,0
Directivos de la institución	0,0	0,0	3,0	15,0	9,0	45,0	8,0	40,0
<b>Satisfacción laboral</b>								
Con el trabajo que realiza	0,0	0,0	1,0	5,0	6,0	30,0	13,0	65,0
Interacción con los pacientes	0,0	0,0	1,0	5,0	9,0	45,0	10,0	50,0
Apoyo directivos de la institución	0,0	0,0	3,0	15,0	8,0	40,0	9,0	45,0
Colaboración compañeros de trabajo	0,0	0,0	2,0	10,0	8,0	40,0	10,0	50,0
Experiencia laboral	0,0	0,0	2,0	10,0	9,0	45,0	9,0	45,0

Situación económica 0,0 0,0 2,0 10,0 14,0 70,0 4,0 20,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez

Los datos precedentes resumen los valores en varias áreas, en cuanto a la percepción de valoración de los médicos con referencia a sus pacientes, el 50% está en el rango de bastante y el 20% lo hace totalmente, el 65% se siente bastante valorado por los familiares de los pacientes y un 20% lo siente totalmente. Al referirse al sentimiento de valoración por parte de sus compañeros de trabajo, una mayoría del 60% lo hace. Valoración por parte de los directivos de la institución la perciben bastante el 45% y totalmente el 40%.

El 65% de médicos está satisfecho con el trabajo que realiza. La satisfacción con la interacción con sus pacientes refleja un 45% bastante y 50% totalmente. El 45% de profesionales están bastante satisfechos con el apoyo de sus directivos y el 45% se encuentran totalmente satisfechos. Resumiendo, la colaboración con los compañeros de trabajo, el 40% está bastante satisfecho y el 50% totalmente. Se manifiesta un 45% en bastante satisfacción e igual cifra en una satisfacción total en cuanto a su experiencia laboral. El 70% de los médicos está satisfecho con su situación económica.

Tabla 4. Percepción del clima laboral de los/as enfermeros/as

VARIABLES	Enfermeros/as							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Percepción de valoración</b>								
Pacientes	1,0	5,0	1,0	5,0	8,0	40,0	10,0	50,0
Familiares de pacientes	1,0	5,0	3,0	15,0	9,0	45,0	7,0	35,0
Compañeros de profesión	1,0	5,0	2,0	10,0	11,0	55,0	6,0	30,0
Directivos de la institución	0,0	0,0	3,0	15,0	10,0	50,0	7,0	35,0
<b>Satisfacción laboral</b>								
Con el trabajo que realiza	1,0	5,0	0,0	0,0	3,0	15,0	16,0	80,0
Interacción con los pacientes	1,0	5,0	0,0	0,0	5,0	25,0	14,0	70,0
Apoyo directivos de la institución	1,0	5,0	2,0	10,0	10,0	50,0	7,0	35,0
Colaboración compañeros de trabajo	1,0	5,0	4,0	20,0	6,0	30,0	9,0	45,0
Experiencia laboral	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	40,0	12,0	60,0
Situación económica	2,0	10,0	7,0	35,0	10,0	50,0	1,0	5,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez

El 40% del personal de enfermería se siente bastante valorado por sus pacientes, y lo hace totalmente el 50%. La percepción de valoración por parte de los familiares de los pacientes es bastante en un 45% y totalmente el 35%, mientras de parte de sus compañeros de trabajo, bastante lo siente el 55% y totalmente el 30%. Percibe ser bastante valorado por los directivos de la institución el 50% y totalmente el 35%.

Un 80% del personal de enfermería están satisfechos con el trabajo que realiza, mientras que el 70% lo hace en referencia a su interacción con los pacientes. Apoyo de parte de los directivos de la institución es percibido bastante por el 50% y totalmente por el 35%. Satisfechos por la colaboración de los compañeros de trabajo están bastante el 30% y totalmente el 45% de los profesionales. Su experiencia laboral satisface totalmente al 60% y bastante al 40% del personal., La mitad, 50% de los evaluados está bastante satisfecho con su situación económica y solamente un 5% lo hace totalmente.

### 3.1.4. Dimensiones de burnout

Tabla 5. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
<b>Agotamiento emocional</b>				
Bajo	13,0	65,0	16,0	80,0
Medio	4,0	20,0	3,0	15,0
Alto	3,0	15,0	1,0	5,0
<b>Despersonalización</b>				
Bajo	15,0	75,0	15,0	75,0
Medio	1,0	5,0	3,0	15,0
Alto	4,0	20,0	2,0	10,0
<b>Realización personal</b>				
Bajo	2,0	10,0	3,0	15,0
Medio	4,0	20,0	4,0	20,0
Alto	14,0	70,0	13,0	65,0

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

Tabla 6. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
<b>Burnout</b>				
Presenta	0,0	0,0	0,0	0,0
No presenta	20,0	100,0	20,0	100,0

### 3.2. Análisis de los resultados de la investigación

#### 3.2.1. Análisis comparativo entre el personal médico y de enfermería

En vista de que, en la evaluación de los datos, tenemos dos grupos de profesionales, se analizan los datos comparándolos entre los resultados obtenidos con los 20 médicos y los 20 profesionales de enfermería, para en base a esto, poder exponer conclusiones y recomendaciones.

##### 3.2.1.1. Características sociodemográficas

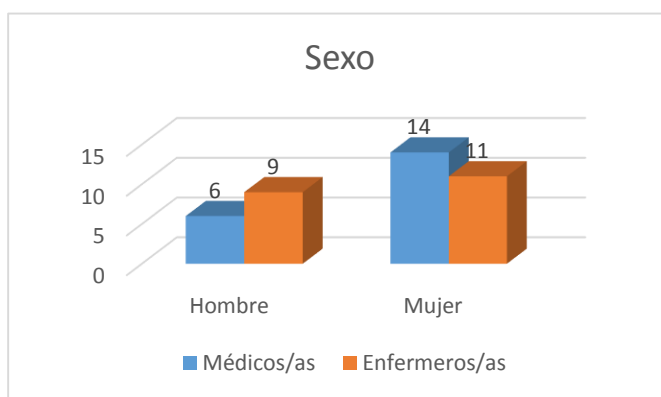


Figura 1. Sexo

Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc

Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez

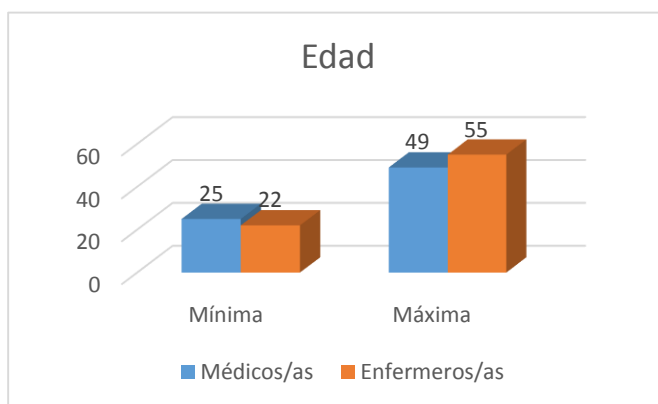
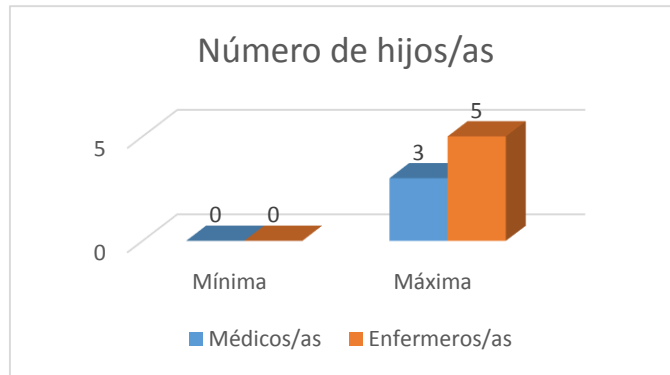


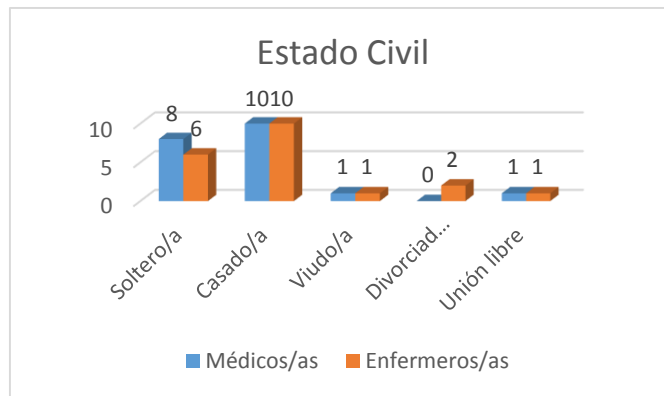
Figura 2. Edad

Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc

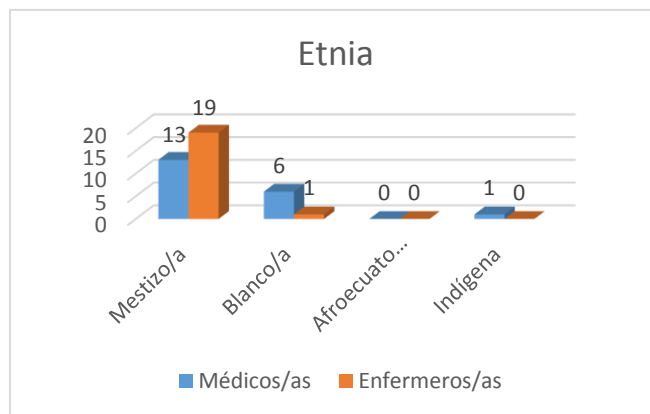
Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez



*Figura 3. Número de hijos/as*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



*Figura 4. Estado Civil*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



*Figura 5. Etnia*

*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*

*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

En relación a las características sociodemográficas de la población estudiada, 40 profesionales de la salud del Centro Médico Integral Familiar y Especialidades Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, podemos determinar que se evaluaron la misma cantidad de hombres que de mujeres, en su mayoría mestizos, en edades comprendidas entre los 22 y los 55 años, tienen un máximo de 5 hijos y de estado civil mayormente casados.

Con referencia al sexo, hoy en día se están realizando diversos estudios y cada vez más se evidencian posiciones con respecto a los roles de hombres y mujeres, dando énfasis a la igualdad que debería existir entre ambos en cada uno de los campos de desarrollo, si bien aquí se evidencia un mayor número de mujeres tanto en médicos como enfermeras, también se puede notar que en el personal de enfermería, por muchos años habiendo sido un ámbito mayormente para mujeres, el número de profesionales entre un sexo y otro, son bastante similares.

Analizando el tema de la edad, se puede apreciar que son muy similares los datos de la edad mínima y máxima entre los médicos y los profesionales de enfermería, una población que, si bien se la puede catalogar como joven, presenta edades que cuentan ya con experiencia de vida.

Refiriéndonos al número de hijos, actualmente ya no se encuentran familias grandes, y esto se demuestra en los resultados obtenidos, siendo en médicos 3 hijos máximo y en enfermeros 5.



Maslach, Schaufeli & Leiter (2001), plantean que “las personas casadas presentan niveles más bajos de burnout que las personas solteras”. Dentro de los resultados obtenidos, se puede apreciar que la mayoría de los profesionales están casados, pudiéndose deducir que este podría ser uno de los factores, por los que –como veremos en los siguientes resultados- no se encuentra presente en esta población el síndrome de “burnout”.

### 3.2.1.2. Características laborales

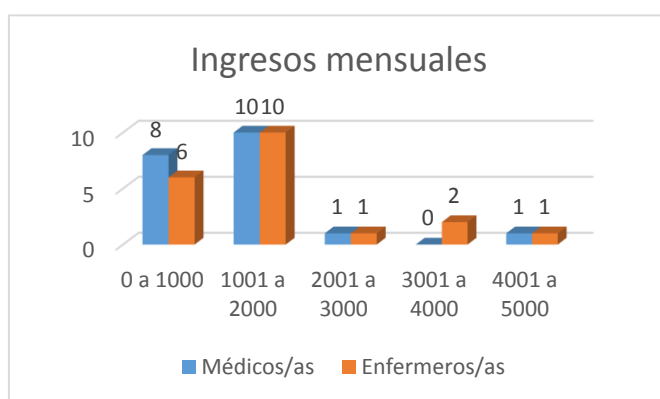


Figura 6. Ingresos mensuales  
 Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc  
 Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez

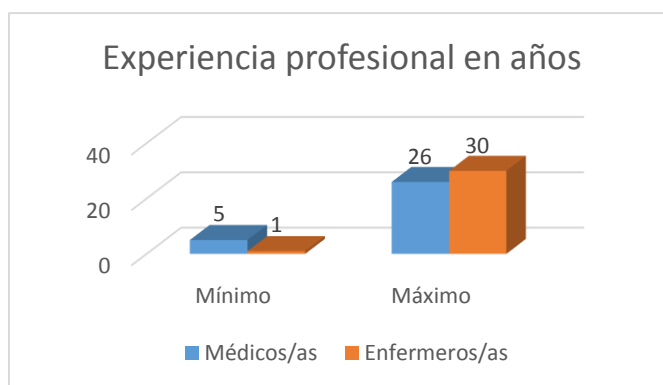
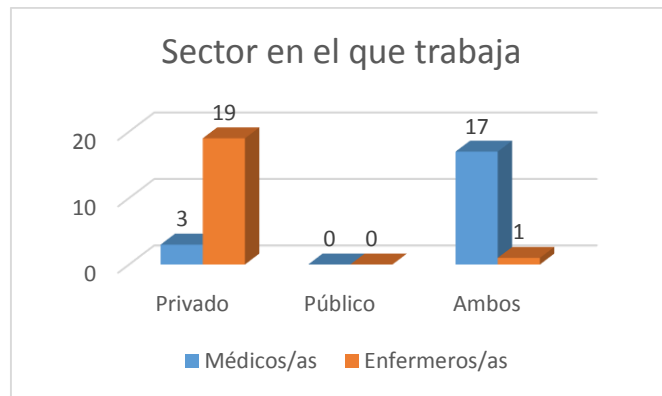
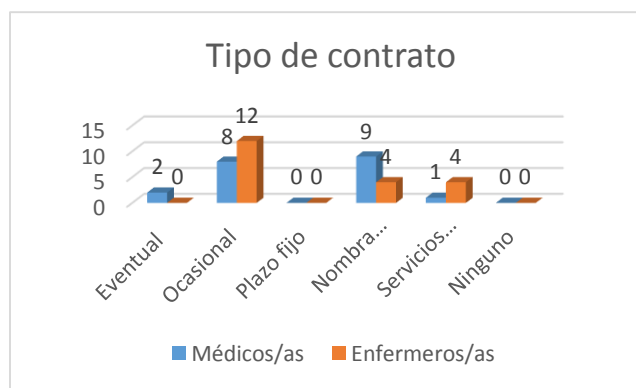


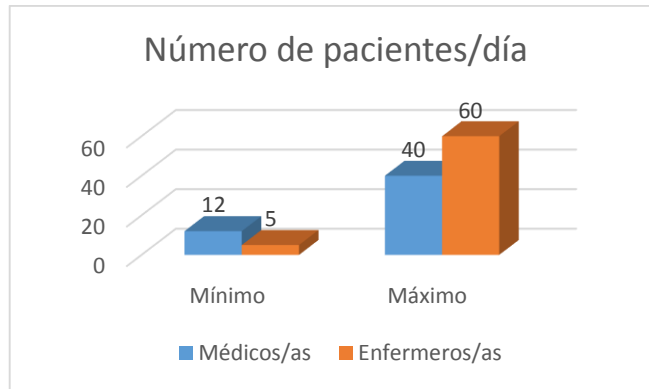
Figura 7. Experiencia profesional en años  
 Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc  
 Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez



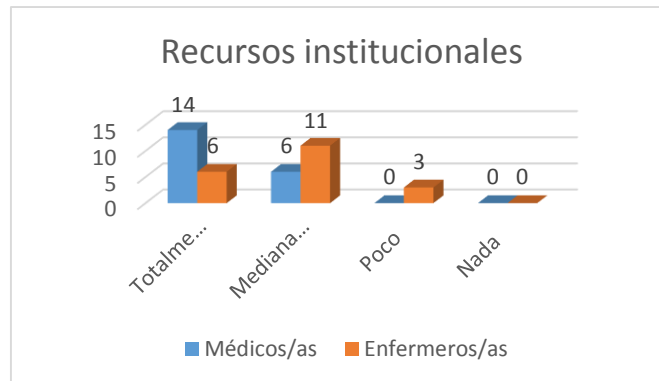
*Figura 8. Sector en que trabaja*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



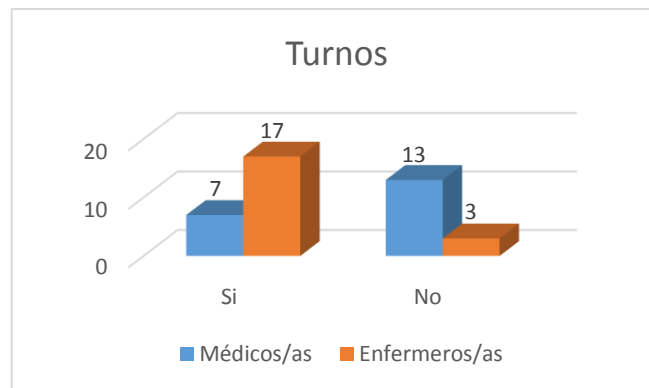
*Figura 9. Tipo de contrato*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



*Figura 10.* Número de pacientes/día  
*Fuente:* Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc  
*Elaborado por:* Rina Rodríguez Rodríguez



*Figura 11.* Recursos institucionales  
*Fuente:* Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc  
*Elaborado por:* Rina Rodríguez Rodríguez



*Figura 12. Turnos*

*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*

*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

En lo que respecta a la situación laboral de la muestra, la mayoría de profesionales percibe un salario mensual entre 1001 y 2000 dólares, cuentan con una experiencia profesional que va de 1 a 30 años. La mayoría de médicos trabaja tanto en el sector público como en el privado, a diferencia del personal de enfermería que en su mayoría trabaja solamente en el sector público. El tipo de contrato que la mayoría de los colaboradores tiene, es de tipo ocasional, atienden de 1 a 60 pacientes diarios, y la mayor parte de los participantes trabaja en horarios con turnos matutino, vespertino y nocturno, y está totalmente satisfecho con los recursos que le proporciona la institución.

La mayoría de la población estudiada se encuentra percibiendo un salario de entre 1000 y 2000 dólares, hay que tomar en cuenta que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), cumple estrictamente con los parámetros establecidos por el Ministerio de Trabajo del Ecuador, el cual cada año, en el mes de enero, emite la tabla de Salarios Mínimos Sectoriales, y los sueldos establecidos en esta institución cumplen con lo determinado en este documento en su apartado referente a los empleados del sector público para el año 2018.

Otro de los aspectos analizados en este estudio es el que se refiere a los años de experiencia profesional de los colaboradores de la institución, donde hemos tomado en cuenta el máximo y

mínimo, siendo en este caso, el mínimo mayor el de los médicos, cuya cifra es 5 años, mientras que entre los profesionales de enfermería la experiencia mínima es un año. Así mismo, hay que destacar que, en el grupo analizado, el máximo entre las enfermeras es de 30 años de experiencia, y de los médicos es menor, llegando a 26 años. Se puede concluir que los profesionales que laboran en la Institución son personas con amplia experiencia en el área de salud.

Un dato que es importante destacar está relacionado con el sector en que trabaja cada grupo de profesionales, y la información muestra que la mayoría de los médicos trabajan tanto en el sector privado como en el sector público, mientras que es mínimo el número de profesionales de enfermería que laboran además del sector público donde realizan su principal actividad, en el sector privado. Dentro del estudio no se contempló averiguar la razón de esta diferencia, que sin duda es una de las más marcadas entre un grupo de profesionales y el otro.

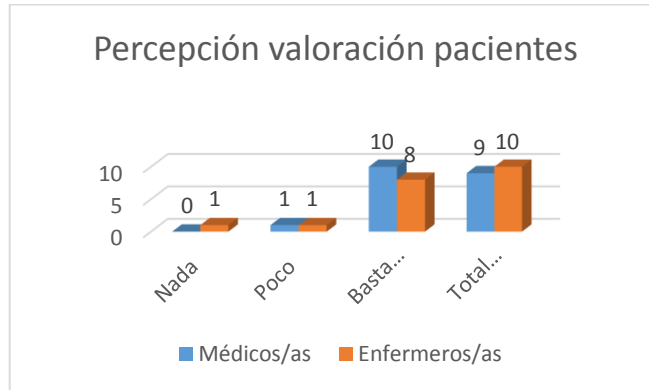
En el tipo de contrato que los colaboradores tienen con la Institución, existen diferencias entre ambos grupos de profesionales. Son dos los tipos de contrato en los cuales la mayoría del personal se encuentra en su relación laboral. En los datos globales la mayoría se encuentra bajo la modalidad ocasional, seguido por los empleados con nombramiento; la cifra difiere cuando analizamos cada grupo por separado. El grupo de médicos tiene un mayor número de profesionales con nombramiento, mientras que por bajo contrato ocasional se encuentran la mayoría de los enfermeros.

En cuanto al número de pacientes que cada grupo de profesionales atiende al día, son los profesionales de enfermería quienes atienden a más usuarios y por lo tanto los que mayormente podrían llegar a padecer el síndrome de “burnout”.

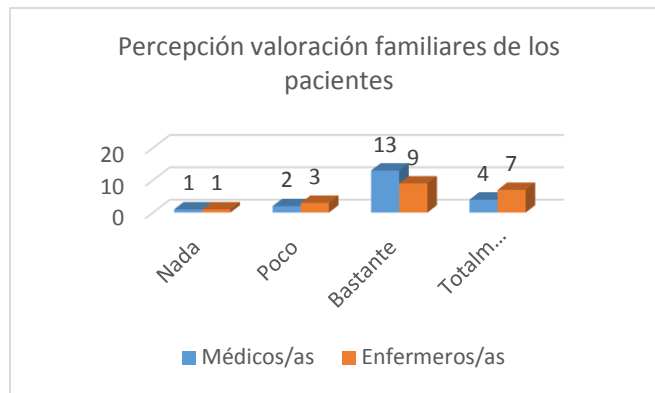
La satisfacción percibida con respecto a los recursos institucionales, demuestra que es bastante mayor el número de médicos que se encuentra totalmente satisfecho, dentro del grupo de profesionales de enfermería, la mayoría se encuentra medianamente satisfecho. Dando aquí un dato que debe ser tomado en cuenta, los médicos se encuentran mucho más satisfechos que los enfermeros.

Cuando realizamos el análisis de los dos grupos de profesionales con relación a su horario de trabajo, específicamente si realizan el mismo con turnos, podemos ver que los enfermeros son quienes mayormente trabajan en turnos, los médicos lo hacen en menor medida, otro dato a tomarse en cuenta para los planes de prevención de padecimiento del síndrome en estudio, ya que sería una variable más de exposición al mismo por parte del personal de enfermería.

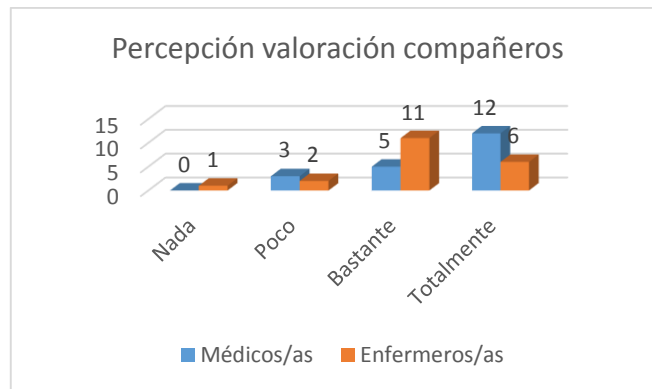
### 3.2.1.3. Percepción del clima laboral



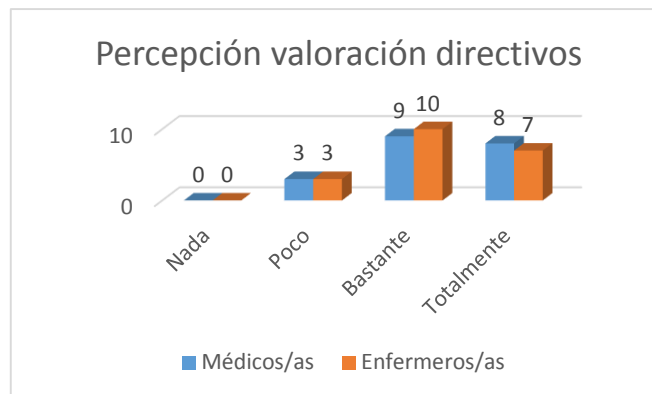
*Figura 13. Percepción valoración pacientes*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



*Figura 14. Percepción valoración familiares de los pacientes*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

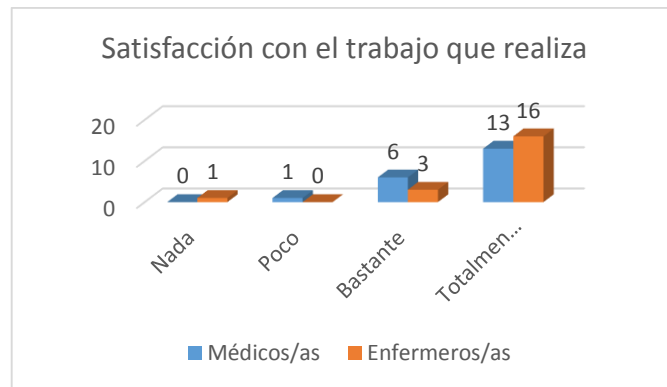


*Figura 15.* Percepción valoración compañeros  
*Fuente:* Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc  
*Elaborado por:* Rina Rodríguez Rodríguez

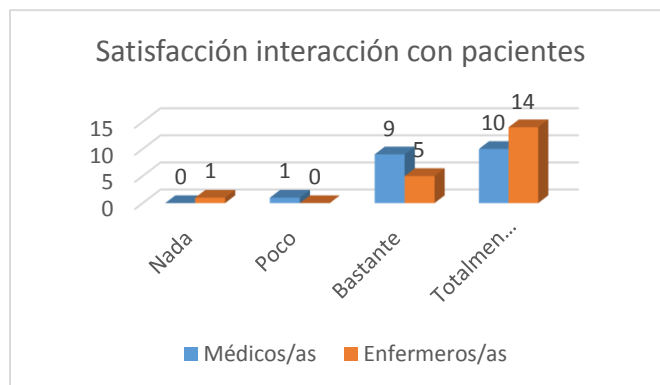


*Figura 16.* Percepción valoración directivos  
*Fuente:* Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc  
*Elaborado por:* Rina Rodríguez Rodríguez

En estos cuatro aspectos que se toman en cuenta para esta parte del estudio, si bien las cifras que reflejan la percepción de valoración, son altas en todos, tanto para médicos como para enfermeros, el dato con mayor diferencia entre los dos grupos de profesionales es el que se refiere a valoración por parte de los familiares de los pacientes, donde el personal de enfermería siente un nivel menor, siendo un dato a tomarse en cuenta para tomar acciones futuras.

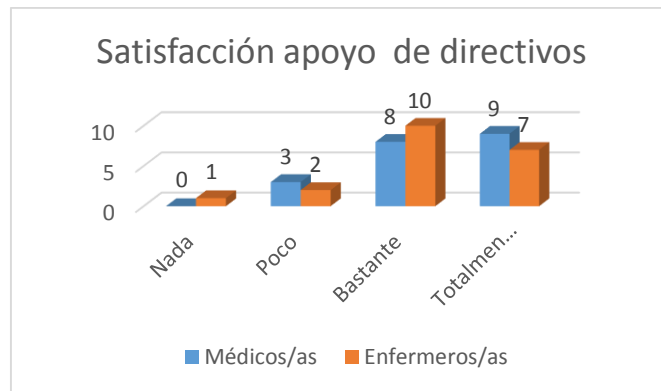


*Figura 17. Satisfacción con el trabajo que realiza*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

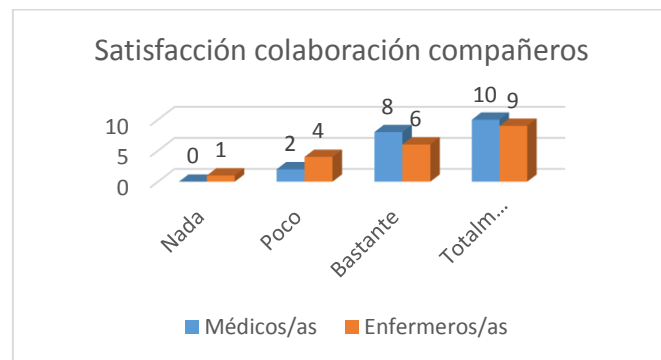


*Figura 18. Satisfacción interacción con pacientes*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

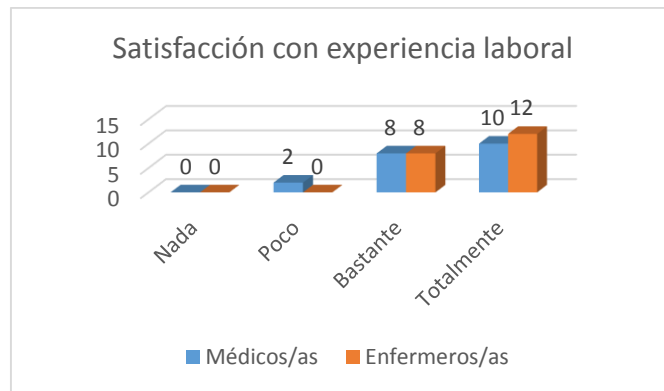




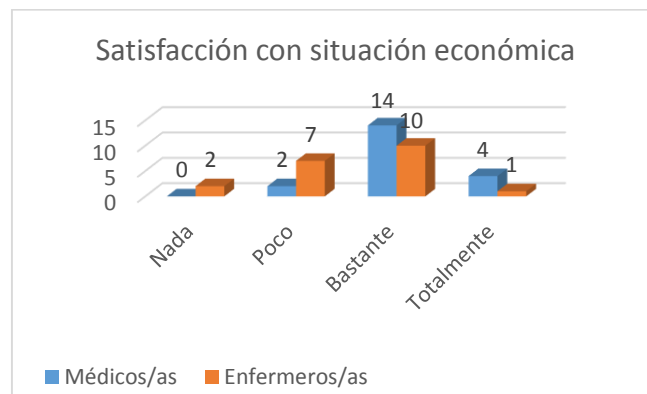
*Figura 19. Satisfacción apoyo de directivos*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



*Figura 20. Satisfacción colaboración compañeros*  
*Fuente: Resultados Cuestionario Sociodemográfico Ad-hoc*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



*Figura 21. Satisfacción con experiencia laboral  
Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

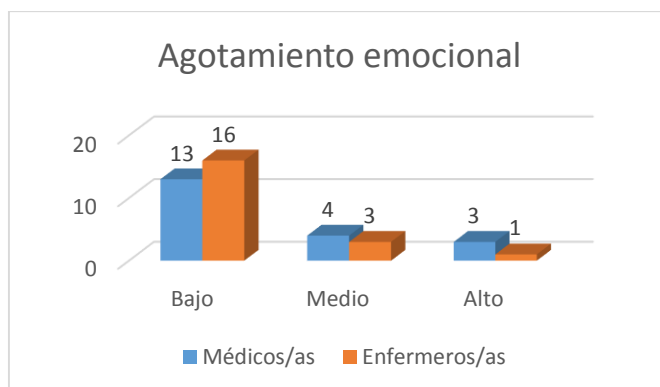


*Figura 22. Satisfacción con situación económica  
Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

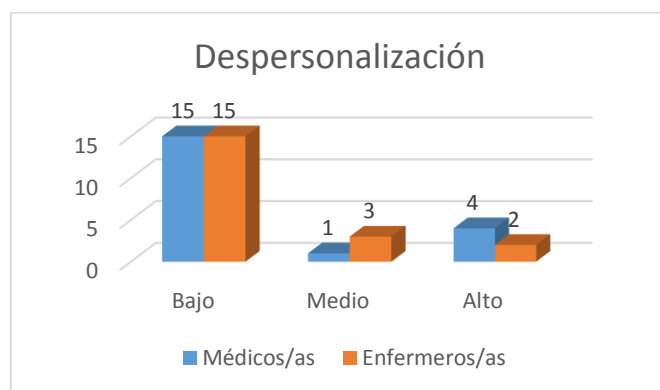
En esta segunda parte del área de estudio del clima laboral, tenemos la satisfacción en cinco aspectos, de los cuales los resultados con cifras altas son similares tanto en médicos como en profesionales de enfermería en cuanto a satisfacción con el trabajo que realizan, interacción con los pacientes, apoyo de directivos, colaboración de sus compañeros y experiencia laboral, si bien en lo que se refiere a la situación económica no refleja satisfacción total, si se presenta dentro del porcentaje de bastante satisfechos, cabe recalcar que como se indica en datos anteriores, la mayoría del personal se encuentra percibiendo entre 1000 y 2000 dólares mensuales de salario, y, comparando estas cifras con los datos afirmados por el INEC (2018), en la publicación mensual

de su página web, donde informa que la canasta familiar básica (CFB) es un conjunto de bienes y servicios que son imprescindibles para satisfacer las necesidades básicas del hogar tipo compuesto por 4 miembros con 1,6 perceptores de ingresos, para agosto 2018 se encuentra en 710.76 dólares.

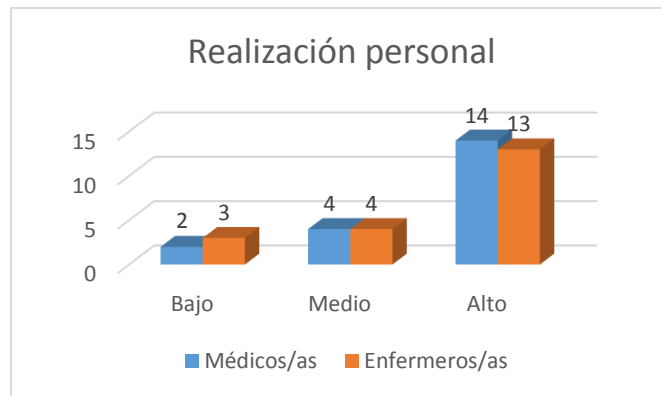
#### 3.2.1.4. Dimensiones de burnout.



*Figura 23. Agotamiento emocional*  
*Fuente: Resultados Cuestionario MBI*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



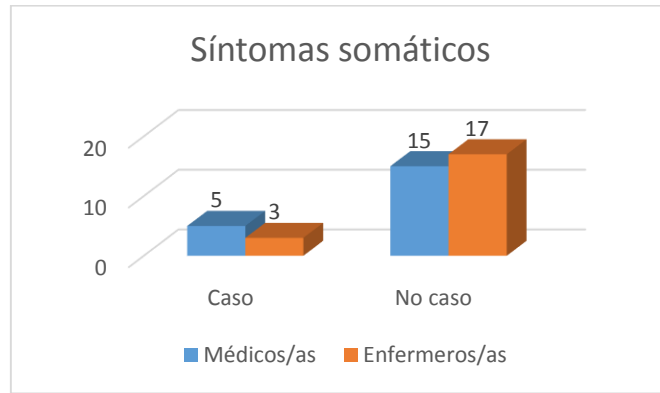
*Figura 24. Despersonalización*  
*Fuente: Resultados Cuestionario MBI*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



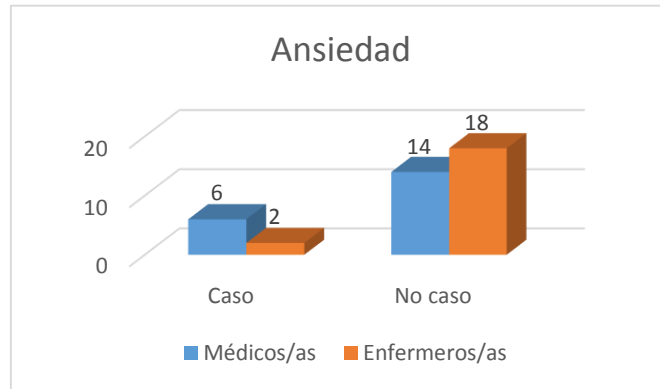
*Figura 25. Realización personal*  
*Fuente: Resultados Cuestionario MBI*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

Siendo el objetivo principal de este trabajo investigativo, identificar la presencia del síndrome de “burnout” en los médicos y personal de enfermería de la Institución valorada, las cifras de estos tres aspectos, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, son los que según lo establecido en los estudios realizados por (Maslach & Leiter, 1988), nos dan los parámetros para obtener los resultados de la investigación. Relacionando los datos de los médicos con los de las enfermeras, no solo que se refleja una similitud en las cifras entre los dos grupos de profesionales, sino que estos nos permiten ratificar la no existencia del síndrome en el personal de la institución. Sin embargo, hay que tomar en cuenta para el desarrollo de acciones futuras, los datos negativos, que, si bien son bajos, tienen una incidencia del 10, 15 y 12.5% respectivamente, en el personal evaluado.

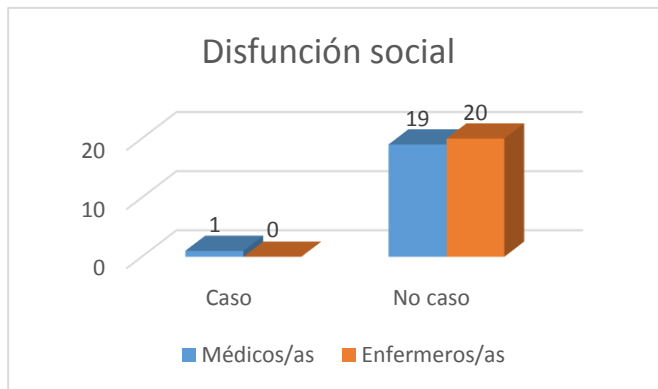
### 3.2.1.5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.



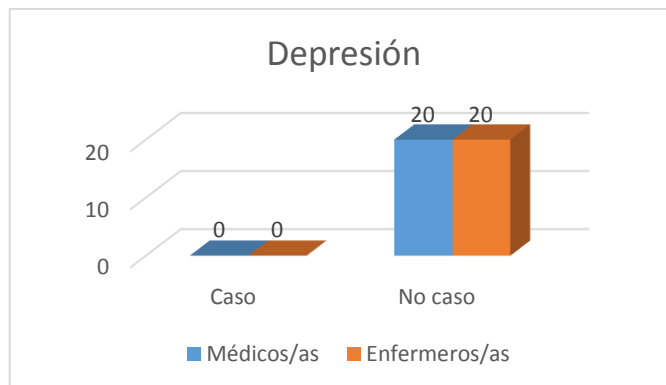
*Figura 28. Disfunción social*  
*Fuente: Resultados Cuestionario BRIEF-COPE*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*



*Figura 27. Ansiedad*  
*Fuente: Resultados Cuestionario BRIEF-COPE*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez*



*Figura 28. Disfunción social*  
*Fuente: Resultados Cuestionario BRIEF-COPE*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez*



*Figura 29. Depresión*  
*Fuente: Resultados Cuestionario BRIEF-COPE*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

De igual manera, la afectación en médicos y en personal de enfermería en los cuatro aspectos analizados, mantienen similar comportamiento para ambos grupos de profesionales. Siendo muy significativa la cifra que demuestra que, dentro del personal evaluado, no existen casos de depresión y la disfunción social es mínima. Existe el mismo número de colaboradores con ansiedad que con síntomas somáticos, son porcentajes bajos, pero que deben ser tomados en cuenta ya que los colaboradores que los padezcan y no los atiendan, pueden tener consecuencias más tarde. Cabe citar que la mayor parte de las personas que padecen alguno de estos trastornos, acude a su médico en busca de atención por síntomas físicos (Latorre et al., 2012).

### 3.2.1.6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

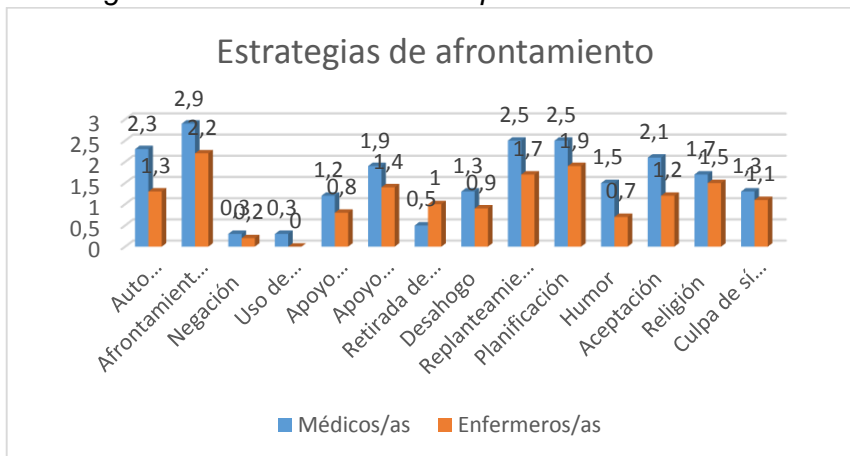
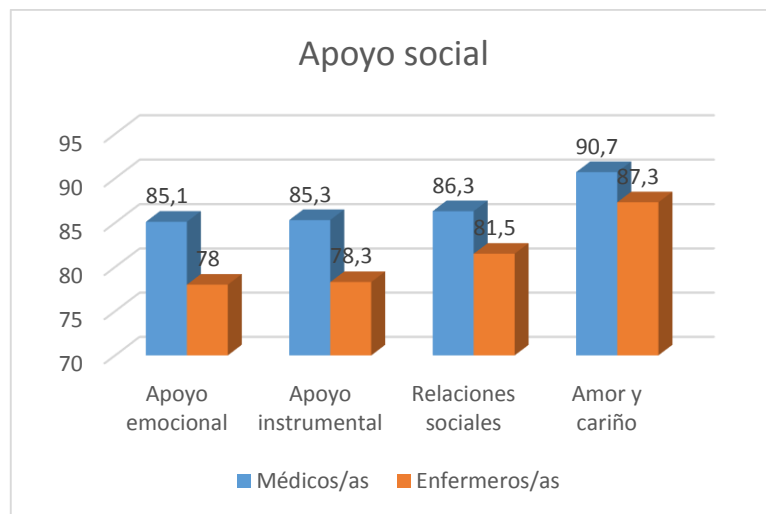


Figura 30. Estrategias de afrontamiento  
Fuente: Resultados Cuestionario AS  
Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez

Con relación a los tipos de afrontamiento utilizado por el personal médico y de enfermería de la institución, podemos ver que, si bien hay similitud en el nivel de utilización de estos, pero cabe indicar que, en todos los aspectos, la media para el personal de enfermería es siempre menor al del personal médico. En ambos grupos, el tipo de afrontamiento utilizado es el afrontamiento activo, que son las acciones que se están poniendo en práctica para arreglar los problemas o amenorar sus efectos (Lazarus & Folkman, 1986). Dentro de este abanico de posibilidades de afrontamiento, es destacable también que el personal evaluado no utiliza o utiliza en forma mínima sustancias psicotrópicas, negación y retirada de comportamiento.

### 3.2.1.7. Apoyo social de los profesionales de la salud.



*Figura 31. Apoyo social*

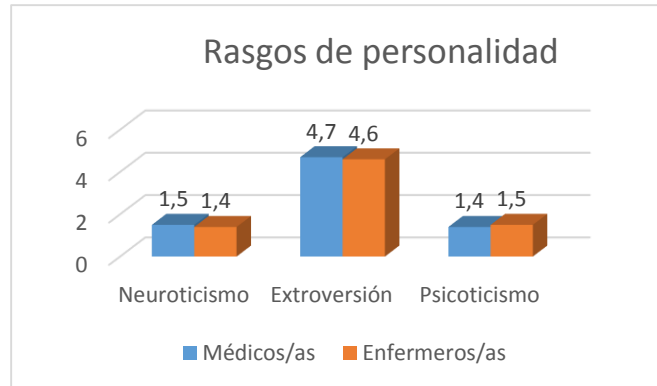
*Fuente: Resultados Cuestionario BRIEF-COPE*

*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

“El apoyo social consiste en las relaciones de intercambio que implican obligaciones mutuas y los lazos de dependencia mutua que puede ayudar a crear el sentido de la coherencia y el control de la vida, que beneficia a la salud de las personas” (Andrade & Vaitsman, 2002). Bajo este concepto de los autores citados, el grupo de profesionales de enfermería, tiene menor apoyo social que los médicos en los cuatro aspectos medidos, por lo que es el grupo de colaboradores que podría considerarse no tendría las herramientas necesarias para combatir, de ser el caso, el estrés e inclusive serían quienes tendrían propensión a padecer en un futuro el síndrome objeto de este estudio.



### 3.2.1.8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.



*Figura 32. Rasgos de personalidad*  
*Fuente: Resultados Cuestionario EPQR-A*  
*Elaborado por: Rina Rodríguez Rodríguez*

(Jung, 2013), afirma que la extroversión es una actitud caracterizada por el interés en el mundo exterior de la gente, los extrovertidos son más sociables y están atentos de lo que sucede en su entorno, y este es precisamente el rasgo de personalidad mayormente reflejado en ambos grupos de colaboradores, dándonos esta información las bases para afirmar que el grupo de colaboradores está en capacidad de tener relaciones eficientes con sus pares, sus pacientes y los familiares de los mismos, aportando esto al buen servicio que brinda la Institución.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a las características sociodemográficas de los 40 profesionales evaluados, 20 médicos y 20 enfermeros, en ambos grupos, las mujeres los superan en cantidad, los colaboradores participantes en el estudio están en el rango de 22 a 55 años, el número máximo de hijos en el personal de enfermería es de 5 y en los médicos es de 3, la mayoría de la población evaluada es mestiza, de estado civil casados, perciben un ingreso mensual que va de 1000 a 2000 dólares y, tienen una experiencia profesional que va de 1 a 30 años. Los médicos en su mayoría trabajan tanto en el sector público como en el privado, el personal de enfermería trabaja solamente en el sector público, la mayoría de colaboradores tiene contrato ocasional, atienden un promedio de 32,5 pacientes al día, trabajando los enfermeros en turnos y los médicos en horario fijo. La investigación muestra que el personal siente que los recursos institucionales se encuentran satisfechos medianamente, en la misma medida en que se sienten valorados por sus pacientes, familiares, compañeros de trabajo y directivos de la institución.

Se puede afirmar que el personal no padece el síndrome de “burnout”, objetivo principal de este estudio, ya que ninguno de los tres rasgos determinados para su existencia se encuentra presente.

En números menores, pero sí se encuentra presencia de síntomas somáticos y ansiedad, no hay casos de depresión, tanto los médicos como el personal de enfermería cuenta con las mismas cinco estrategias de afrontamiento como las más utilizadas, todas ellas positivas, con esto se puede afirmar que poseen herramientas sustentadas para enfrentar la adversidad en sus distintas formas, afirmación que es posible hacerla no solo por el área de estrategias de afrontamiento, sino también por los altos niveles de apoyo social con el que los colaboradores cuentan. Refiriéndonos a los rasgos de personalidad, tanto en los médicos como en el personal de enfermería, prevalece la extroversión, lo que aporta a su manejo positivo del estrés y de las adversidades.

## RECOMENDACIONES

Si bien, el principal objetivo de la investigación en este trabajo fue evaluar la incidencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud del Centro Médico Familiar Integral y Especialidades, Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS en la ciudad de Quito, y los resultados reflejan que no hay afectación del mismo en la Institución, se recomienda tomar como base, los índices que si bien no son altos, tienen cifras que indican la existencia de indicadores en diferentes aspectos, con el fin de que la Institución no solamente no tenga la existencia del síndrome en su personal, sino que las buenas prácticas puestas en marcha hasta ahora, sean incrementadas y mejoren aún más la calidad de vida y la estabilidad emocional de sus colaboradores, lo que sin duda redundará en la calidad del servicio que brindan a los pacientes.

Al mostrar la investigación que el personal siente que los recursos institucionales se encuentran satisfechos medianamente, en la misma medida en que se sienten valorados por su entorno laboral, se sugiere hacer un análisis para saber las razones de estos resultados, para de esta manera tomar correctivos. Un aspecto muy importante a tomarse en cuenta es la comunicación y socialización de buenas prácticas, campañas, proyectos y sus resultados tanto con el personal como con los pacientes y usuarios del servicio, ya que, en las varias áreas analizadas, las buenas prácticas están siendo implementadas pero su afectación no está siendo percibida.

Sería importante hacer un programa de socialización de las causas y afectaciones del síndrome de “*burnout*” de manera de concientizar al personal con riesgo de padecerlo y así, poder implementar una campaña en este sentido.

Se sugiere evaluar periódicamente el área de síntomas somáticos y ansiedad de los colaboradores, y tomar acciones de atención personalizada en los casos en los que se encuentren indicios de estos síntomas.

Implementar actividades, capacitaciones y talleres para fortalecer las estrategias de afrontamiento positivas, la importancia del apoyo social y la extroversión, rasgos que están presentes en gran medida dentro del personal de la Institución y que aportan en el bienestar del personal y su manejo del estrés y las adversidades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buunk, A.P., Schaufeli, W.B. (1993): "Burnout: a perspective from social comparison theory", en WB. Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T. (Eds). Professional Burnout Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis.
- Canasta Familiar Básica Nacional y por ciudades – agosto 2018. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/canasta/>
- Cherniss, C. (1993): «The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout». Schaufeli, W. B., Moret, T., Maslach, C. (eds.): Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington, DC, Hemisphere, pp. 135-149.
- Edelwich, J. Y., Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Nueva York: Human Sciences Press.
- Felton JS. Burnout as a clinical entity-its importance in health care workers. Occup Med (Lond), mayo 1998; 48(4):237-250
- Fidalgo, M. (2000). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en España. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf)
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J., North, G. (1980). Women's Burnout: How to Spot It, How to Reverse It and How to Prevent It.
- Freudenberger, H. J., Richelson, G. (1980). Burn-Out.
- Freudenberger, H. J., Richelson, G. (1989). The High Cost of High Achievement.
- Freudenberger, H. J., North, G. (1989). Situational Anxiety.
- Freudenberger, H. J., North, G. (2009). No Puedo Más.
- Garcés de los Fayos, E. (1995) «Burnout» en niños y adolescentes: un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema*.
- Gil-Monte, P. R. (2002a). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7(1), 3-10
- Greenhaus, J. H., Parasuraman, S. (1999). Research on work, family, and gender: Current status and future directions. In Powell GN, editor. *Handbook of Gender and Work*. Thousand Oaks, CA: Sage;
- Grzywacz, J. G., Bass, B. L., (2003). Work, family, and mental health: testing different models of work-family fit. *Journal of Marriage and Family*.

- Leiter, M. P., Maslach, C., (2005). *Banishing Burnout: Six Strategies for Improving Your Relationship with Work*.
- Leiter, M. P., Bakker, A. B., Maslach, C., (2014). *Burnout at Work: A psychological perspective*.
- Mansilla, F. (2014). *Formación, Autoayuda On-line. Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. Valencia, España: Psicología Online. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>
- Maslach, C. (1976). «Burned-out». *Human Behavior*
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press
- Maslach, C., (1982). *Burnout: The Cost of Caring*.
- Maslach, C., Leiter, P. (1997) *“The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do About it”*, Jossey- Bass Inc. Publishers, San Francisco, California, E.U.A.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (2000). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*.
- Olmedo Montes, M., Santed Germán, M. A., Jiménez Tornero, R., Gómez Castillo, M.D. (2001). *El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas*. Psiquis.
- Otero López, J. M. (2012). *Estrés laboral y Burnout en profesores de enseñanza secundaria*.
- Pines, A. (1993): “Burnout: An Existential Perspective”, in W.B. SCHAUFELI, C. MASLACH, & T. MAREK (eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp.35-51). London: Taylor & Francis.
- Pines, A. M. (2000). *Treating career burnout: a psychodynamic existential perspective*. J Clin Psychol.
- Pines, A. M., Maslach, C. (2001). *Experiencing Social Psychology*.
- Price, D. M., Murphy, P. A. (1984). *Staff burnout in the perspective of grief theory*. Death Education, 8 (1) 47-58.
- 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 & Francis. (Artículo recibido: 30-3-98, aceptado: 7-10-98)

## **ANEXOS**



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad No. \_\_\_\_\_, autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja, a través de Rina Rodríguez, a utilizar la información por mí proporcionada en los seis test realizados, para el estudio de la medición del Síndrome de Burnout en los profesionales del Centro Médico Familiar Integral y Especialidades, Diálisis La Mariscal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS.

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma



## ANEXO 2

### Cuestionario Sociodemográfico

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  Indígena  Afro ecuatoriano

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_

Vive solo  Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual

No recibe remuneración

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/a

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: \_\_\_\_\_

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

En cuántas instituciones trabaja: \_\_\_\_\_

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

Horas que trabaja Semanalmente \_\_\_\_\_

Trabajo por turnos: Vespertino  Matutino  Nocturno  Fines de semana  Rotativo

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes  Martes  Miércoles

Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  Todos los anteriores



Trabaja usted en turno rotativo: SI  No

En el caso de realizar guardia indique el número de horas: \_\_\_\_\_ y cada cuantos días: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Los tipos de paciente que atiende regularmente son (puede señalar más de una opción): Oncológicos

Psiquiátricos  Alteraciones renales  Quirúrgicos  Cardíacos  Neurológicos  Abéticos

Emergencias  Cuidados intensivos  Otros indique \_\_\_\_\_  Todos los anteriores

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

¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?

NO  SI  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente  Medianamente  Poco  Nada

¿Ha solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año? SI  No

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

La causa ha sido por: Capacitación  Problemas de salud  Situaciones familiares

Otros  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días ha estado de permiso en el último año? \_\_\_\_\_

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 por sus pacientes?				
¿Cuán valorado por los familiares de los pacientes?				
¿Cuán valorado por sus compañeros de profesión?				
¿Cuán valorado 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.

### ANEXO 3

#### 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 4

## Cuestionario (GHQ-28)

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

<p><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

## ANEXO 5

### 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 6

CUESTIONARIO DE AS

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

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen 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 7

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

---

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