



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, estudio realizado en un Hospital Público, ubicado en la zona sur-este de la ciudad de Cuenca, durante el año 2016-2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Alvarado Zenteno, María Elizabeth

DIRECTORA: Sánchez León, Carmen Delia, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2017



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>

2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgtr.

Carmen Delia Sánchez León

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, estudio realizado en un Hospital de la zona Sureste de la ciudad de Cuenca durante el año 2016-2017, realizado por, María Elizabeth Alvarado Zenteno, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, marzo de 2017

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“ Yo, **Alvarado Zenteno María Elizabeth**, declaro ser autor(a) del presente trabajo de titulación: Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, estudio realizado en un Hospital de la zona sur-este de la ciudad de Cuenca, durante el año 2016-2017, de la Titulación de Psicología, siendo la Mgtr. Carmen Delia Sánchez León, , director(a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

F.....

Autor: **Alvarado Zenteno, María Elizabeth**

Cédula 01045505-5

DEDICATORIA

El éxito logrado le dedico a mi esposo, quien ha sido mi pilar fundamental para lograr mi objetivo, y mis dos pequeños hijos, quienes convirtieron mis momentos difíciles en sonrisas, quienes incrementaron mi ánimo de seguir adelante y han sido el propósito de mi superación.

AGRADECIMIENTO

Al culminar mis estudios en la carrera de Psicología, me siento agradecida con Dios, por permitirme llegar a cumplir tan anhelado sueño.

Agradezco a mi esposo y familia por su amor y apoyo incondicional que me llenaron de fortaleza para poder desenvolverme plenamente en el estudio y alcanzar mi meta.

Así como a la Universidad Técnica Particular de Loja, por desarrollar en mí, valores como la constancia y el esfuerzo.

Y de igual manera, un reconocimiento y agradecimiento a mi Directora de tesis y Docentes encargados de este proyecto, por su orientación, seguimiento y supervisión, gracias por poner su confianza para la realización de este estudio y permitir incrementar mis conocimientos tanto en el ámbito profesional y personal.

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	1
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	2
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
INDICE DE CONTENIDOS	6
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO.	5
1.1. Conceptualización Del Estrés	6
1.1.1. Antecedentes del Estrés, Origen y Definición	6
1.1.2. Desencadenantes del estrés.....	7
1.1.3. Tipos de estresores	8
1.1.4. Estrés laboral.....	9
1.1.5. Moduladores del estrés	10
1.1.6. Consecuencias del estrés	11
1.1.7. Medidas preventivas y control del estrés.....	12
1.2. Conceptualización del burnout.....	13
1.2.1. Definiciones y delimitación histórica del síndrome de burnout.....	13
1.2.2. Poblaciones propensas al burnout.....	15
1.2.3. Fases y desarrollo del síndrome de burnout	15
1.2.4. Características, causas y consecuencias del Burnout	16
1.2.5. Modelos explicativos del burnout.....	17
1.2.6. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.....	21
1.3. Conceptualización de las Variables de la Investigación.....	22
1.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	23
1.3.2. El Burnout y la relación con la salud mental.....	27
1.3.3. El Burnout y el afrontamiento.....	32
1.3.4. El Burnout y la relación con el apoyo social	37
1.3.5. El Burnout y la relación con la personalidad.....	40
CAPITULO 2. METODOLOGÍA.....	46
2.1. Objetivos.....	47
2.1.1. Objetivo General:.....	47
2.1.2. Objetivos Específicos:	47
2.1.3. Preguntas de Investigación	47
2.2. Diseño de Investigación.....	48

2.4. Participantes.....	48
2.5. Criterios de inclusión y exclusión	48
2.6. Muestra Seleccionada	49
2.7. Métodos y técnicas e instrumentos de investigación.....	49
2.7.1. Instrumentos	49
2.7.2. Procedimiento.....	53
2.7.3. Recursos.....	53
CAPITULO 3. ANÁLISIS DE DATOS.....	55
2.8. Resultados Obtenidos, Análisis e Interpretación	56
2.8.1. Características Sociodemográficas de los profesionales de la Salud.....	56
2.8.2. Características laborales de los profesionales de la salud	57
2.8.3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud	60
2.8.4. Análisis de Resultados del cuestionario MBI	61
2.8.5. Resultados del cuestionario de salud general (GHQ-28).....	64
2.8.6. Análisis de resultados del cuestionario (BRIEF-COPE).....	65
2.8.7. Análisis de resultados del cuestionario de apoyo social (MOS).....	66
2.8.8. Análisis de resultados del cuestionario de personalidad (EPQR).....	67
2.9. Discusión de los resultados obtenidos	68
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	80

RESUMEN

Con el objetivo de identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno, se llevó a cabo una investigación transversal, descriptiva y cuantitativa, contando con una muestra de 30 profesionales de la salud, participando 15 médicos y 15 enfermeras de las áreas de cirugía y hospitalización de un hospital público, ubicado al sureste de la ciudad de Cuenca, a quienes se aplicaron los siguientes cuestionarios: sociodemográfico, inventario de Maslach-Burnout (MBI), cuestionario de salud general (GHQ-28), cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario de apoyo social (MOS), y cuestionario de personalidad (EPQR-A).

Se analizaron los resultados obtenidos en la muestra estudiada y no se evidencia casos de Burnout. Sin embargo, cabe resaltar que existe una tendencia de padecerlo, sobresaliendo un alto porcentaje de agotamiento emocional en médicos y despersonalización en enfermeras, relacionándose con ansiedad y síntomas somáticos; mientras otros factores actuaron como protectores, destacándose: personalidad extrovertida, alta satisfacción con el clima laboral, aplicación de estrategias adecuadas de afrontamiento, y disponer de un entorno adecuado de apoyo social.

Palabras clave: estrés laboral, síndrome de Burnout, personalidad, estrategias de afrontamiento, apoyo social, satisfacción laboral.

ABSTRACT

To identify the burnout levels and their leading factors in health professionals, a descriptive and correlational research was performed on a sample consisting of 15 physicians and 15 nurses from the surgery and hospitalization departments of a public hospital in the city of Cuenca. Several surveys were carried out to obtain socio-demographic data, as well as a general health quiz (GHQ-28) and a brief cope questionnaire. Other surveys included personality questionnaires (EPQR-A), a medical outcomes study for social support and the Maslach-burnout inventory (MBI).

The results didn't show cases of the Burnout syndrome in the studied sample, nevertheless, a clear tendency was identified due to high percentages of emotional exhaustion, depersonalization, anxiety and somatic symptoms. Other factors such as: outgoing personalities, social support in working environments and adequate copying strategies to increase job satisfaction were identified to relieve the problem.

Keywords: Work stress, Burnout syndrome, personality, coping strategies, social support, and job satisfaction.

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral es considerado un problema para la salud de los trabajadores y repercute de manera negativa en el funcionamiento adecuado de las organizaciones, el cual puede tener su origen en el entorno familiar o en el entorno laboral, es decir, cuando un trabajador sufre de estrés laboral crónico, pierde la motivación, se enferma y es menos productivo, poniendo a prueba su capacidad para afrontar la situación.

Desde que Freudenberg (1974), ilustró el término “burnout” o “quemarse por el trabajo”, para referirse al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios, (organismos de voluntariado, sanitarias, servicios sociales, educativas, etc.), se desarrollaron una variedad de instrumentos para contribuir a entender mejor este fenómeno, siendo uno de los más frecuentes el Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson (1981-1986) el mismo que consta de tres componentes: a) agotamiento emocional y/o físico, b) baja realización laboral, y c) una excesiva despersonalización (Gil-Monte & Peiró, 1999), el cual ha sido utilizado para cumplir con el objetivo propuesto.

En la mayoría de los países, los problemas de salud relacionados con el trabajo ocasionan pérdidas económicas. A pesar de la incidencia de esta enfermedad, los médicos y las enfermeras no están apropiadamente capacitados para enfrentar problemas de salud relacionados con el trabajo. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Dada la realidad en la que se desenvuelven los profesionales de la salud y ya que en el Ecuador existe poca información sobre el estrés laboral en médicos y enfermeras, la Universidad Técnica Particular de Loja, ha considerado conveniente involucrarse en el tema, teniendo como propósito identificar el nivel del burnout y la incidencia de factores que lo provocan en los profesionales de la salud en el Ecuador.

La población objeto de estudio corresponde a 15 médicos y 15 enfermeras que laboran en áreas de cirugía y hospitalización en un hospital de salud pública ubicado al sureste de la ciudad de Cuenca, quienes diariamente se enfrentan a situaciones de vida y muerte, tornándose un trabajo agotador a nivel físico y emocional.

Los capítulos abordados en el desarrollo del trabajo, se dividen en tres partes; en el primer capítulo se desarrolla el marco teórico, donde se conceptualiza el estrés laboral, el burnout con sus características, causas y consecuencias; y las variables de la investigación. Además

se conocen las medidas preventivas para este; junto con aportes de publicaciones y estudios realizados en el Ecuador y otros países como España, México, Chile, entre otros.

En el segundo capítulo, que corresponde a metodología, se abordan: objetivos, preguntas de investigación, diseño, contexto, población, método, técnicas e instrumentos de investigación y recursos utilizados. Finalmente, en el tercer capítulo, se presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos en la investigación de la muestra, así como las conclusiones y recomendaciones.

La investigación de campo realizada, permitió conocer la ausencia de casos de Burnout en la muestra estudiada (15 médicos y 15 enfermeras), debido a factores mitigadores como la aplicación de estrategias de afrontamiento adecuadas, prevalencia de personalidad tipo extrovertida, contar con un buen nivel de apoyo social y satisfacción con el clima laboral; sin embargo, existe una prevalencia de desarrollar este síndrome, debido a síntomas presentes como agotamiento emocional, despersonalización, ansiedad y síntomas somáticos.

Dentro de las limitantes encontradas en el trabajo de investigación, en primer lugar, se resalta la falta de disponibilidad por parte del personal de la salud, debido al desconocimiento de la importancia del síndrome de burnout, y en segundo lugar, los horarios rotativos del personal que no permitían responder los cuestionarios en un solo turno, sino se requirió de varios días laborales para recopilar los datos.

Sin embargo, este estudio ha sido posible realizarlo gracias a la disposición del departamento de investigación y las jefaturas del personal médico y de enfermería, quienes mostraron interés por el tema propuesto, dando apertura para la utilización de los recursos humanos, siendo primordiales para llevar a cabo la recopilación de los datos y cumplir con los objetivos propuestos, realizándose eficientemente las actividades propuestas.

CAPITULO 1.

MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización Del Estrés

1.1.1. Antecedentes del Estrés, Origen y Definición

Desde que los seres humanos existen, también ha existido el *estrés*, siendo un elemento fundamental para luchar por la supervivencia. Esta palabra deriva del latín *stringere* que significa provocar tensión y comenzó a utilizarse en el siglo XIX en el campo de la medicina, en primer lugar por el fisiólogo francés Claude Bernard quien se interesó por estudiar la respuesta adaptativa del organismo ante factores externos (Reyes , 2009).

Walter Cannon, (1911) fisiólogo, en conjunto con un estudiante investigador Daniel Paz, realizó múltiples estudios sobre la implicancia del sistema nervioso simpático en relación con el estrés, demostrando que ante situaciones de tensión tanto internas como externas, existe una secreción de adrenalina hacia el torrente sanguíneo (Fresquet, 2002).

Introducirse en el estudio del estrés, exige una mirada retrospectiva a la temática, según el autor Hans Selye durante los años 1936-1978 (como se citó en Ayuso, 2006), estudio sobre el estrés y señalaba que este término “es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga” (p. 2). Es decir, un estresor puede ser un estímulo que desencadena en el organismo una respuesta biológica compensatoria, sin embargo, esta definición no encierra las variables psicológicas como agentes causales. Por otro lado Engel (1962), define al estrés de una manera más profunda con respecto al autor anterior, se fundamenta en que los mecanismos psicológicos de defensa se activan ante todo estímulo interno o externo, que involucre un requerimiento del organismo.

Para el Dr. Harold Wolf (como se citó en Ayuso, 2006) “el estrés vital es una respuesta específicamente humana a distintos tipos de agentes nocivos y amenazantes”. Este autor precisa, que las enfermedades causadas por el estrés, se producen cuando el ser humano se enfrenta a diversas y repetidas situaciones que amenazan su bienestar y producen constantes respuestas fisiológicas establecidas que permiten afrontar estas amenazas.

Por otro lado, las transformaciones a nivel social, económico, tecnológico, que se viven actualmente, requiere una gran capacidad de adaptación de la persona en su entorno familiar y laboral, pasando a ser también una fuente importante de factores

amenazantes, y el esfuerzo constante por dominar tales situaciones, hacen que se diferencie al estrés en euestres o distres.

Para Merin, Cano, y Tobal (1995), definen al Euestres como “lo que provoca constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se presentan” (p.114), siendo positiva una dosis de estrés para permanecer alerta ante cambios, sin llegar a situaciones extremas que lleven a consecuencias negativas o patologías graves.

Con todo lo antes expuesto, se podría concluir que el estrés, es una respuesta, que surge frente a situaciones percibidas como “amenazantes”, para hacer frente a estos escenarios, provocando reacciones fisiológicas, que involucran la activación del sistema nervioso simpático, para que de esta manera mantener un estado de homeostasis interna.

1.1.2. Desencadenantes del estrés

1.1.2.1. Factores medio-ambientales

Los factores medio ambientales que influyen en las causas del estrés pertenecen al entorno que rodea al sujeto y las condiciones laborales en las cuales está inmerso el ambiente físico, por ejemplo, el ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la humedad, el turno de trabajo, la sobrecarga o la exposición a riesgos, el contenido de trabajo, la complejidad de la tarea, el desempeño de roles, el desarrollo de la carrera, etc. (Peiró, 2001).

Otro de los factores desencadenantes del estrés que constituyen estresores laborales, son los que tienen que ver con las relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida como, la vida en familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares, así como en general las relaciones interpersonales y organizacionales de carácter conflictivo por ejemplo: los problemas económicos, matrimonio, acontecimientos traumáticos, estilo de vida del individuo, relaciones con los hijos, cuidado de familiares enfermos, etc. (Gil Monte, 2010).

1.1.2.2. Factores hormonales

El ser humano sufre cambios hormonales, siendo en la pubertad donde hay una mayor producción de andrógenos en el varón y estrógenos junto con la progesterona en la mujer que provocan el desarrollo de los caracteres sexuales

secundarios, dándose un cambio en el cuerpo y provocando estrés por la situación adaptativa. Dentro de los factores hormonales podemos nombrar también al síndrome premenstrual, menopausia y postparto, en los cuales las mujeres en respuesta a las fluctuaciones de los niveles hormonales, provocan labilidad emocional y depresión (Maffei, 2012).

1.1.2.3. Estrés inmunológico

El estímulo de cortisol constante en la sangre producto de la activación del sistema simpático, provoca alteración a nivel inmunológico, haciendo más susceptible a la persona de adquirir infecciones por descenso de inmunoglobulinas (Rosch, 2003).

1.1.3. Tipos de estresores

1.1.3.1. Psicosociales

Podemos definir como los aspectos ambientales que constituyen factores de riesgo psicosocial para las personas o el trabajador. Se convierten en estresantes dependiendo de la interpretación cognitiva o del significado que dé cada individuo. Como ejemplo podemos citar: hablar en público, discusiones en pareja, pérdidas personales problemas económicos, jubilación, soledad, cambios en la familia (Peiró, 2004).

Peiró (2004), afirma que, “los cambios que persigue la innovación tecnológica y el rediseño del sistema de trabajo, tienen implicaciones y consecuencias para la salud y el bienestar de los trabajadores” (p.183). Dentro del ambiente psicosocial en el trabajo, hay factores que influyen como estresores, tales como: el uso de tecnología, actividades que demanden sobrecarga mental, el clima laboral entre compañeros, los estilos que tienen los directivos para delegar tareas, la estructura jerárquica de la organización, los horarios de trabajo, la falta de feedback sobre los errores cometidos, que las tareas sean muy monótonas o repetitivas, temores a perder el empleo, incertidumbre sobre la situación económica de la empresa pudiendo darse una reducción de personal y demás situaciones que sean parte de la vida laboral.

1.1.3.2. Biogénicos

Los estresores de tipo psicosocial o biogénicos se definen como “estímulos o situaciones capaces de producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos

que disparan automáticamente la respuesta del estrés, con independencia de la interpretación que hagamos de la situación: temperatura elevada o ejecución intensa de un ejercicio” y proceden de dos tipos de estímulos: internos y externos, los cuales describiremos a continuación. (Grau Abalo, 2004).

- a) **Internos:** Emociones y pensamientos como: traumas, pensamientos negativos, baja autoestima, problemas psicológicos, alimentarse mal, dormir poco, ser perfeccionista.
- b) **Externos:** Entorno como: cambios inesperados, problemas familiares y económicos, exceso de trabajo, incomodidad con el ambiente.

1.1.4. Estrés laboral

La Comisión Europea en el año 2000 define al estrés laboral como “el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento que el trabajador presenta hacia ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo” (p. 2). Al respecto; en la vida laboral, las personas se enfrentan a cambios y dificultades que no pueden manejar adecuadamente, produciendo malestar o afectando su salud así como en el desempeño de sus tareas.

Dentro de los estresores laborales, podemos citar las condiciones físicas, psicológicas y otras condiciones amenazantes del bienestar en el trabajador, como el conflicto de rol, clima laboral, nuevas tecnologías, relaciones interpersonales, problemas familiares, entre otros. En el siguiente cuadro, se detalla los aspectos que se deben analizar en la evaluación del estrés laboral, constituyendo una visión global de lo que involucra padecer esta enfermedad.

ASPECTOS A ANALIZAR EN LA EVALUACION DEL ESTRÉS	
ESTRESORES	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de trabajo ambientales • Organización del trabajo, los cuales están relacionados con el puesto de trabajo. • Capacidad del rol del trabajador • Relaciones interpersonales en el ambiente de trabajo.
PERCEPCION DE LOS ESTRESORES	Cómo el sujeto distingue las situaciones amenazantes de su entorno y la manera de utilizar sus capacidades de afrontamiento.
ELEMENTOS MODULADORES DEL ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de conducta • Apoyo social
RESPUESTAS DEL ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiológica • Cognitiva • De Comportamiento
CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos sobre el individuo • Efectos sobre la organización

Adaptado de fuente: (Maria Angeles del Hoyo Delgado, 2004, p. 14)

1.1.5. Moduladores del estrés

Los moduladores del estrés son maneras como una persona afronta el estrés, y algunos se deben a rasgos de la personalidad de cada individuo, como el patrón de conducta tipo A o tipo B; la de tipo A, es la que más está relacionado con el estrés ya que las personas se destacan por ser impacientes, perfeccionistas, se esfuerzan por el logro, siendo muy competitivas, y se implican mucho en el trabajo que realizan y por su alta auto exigencia fuerzan también a su organismo al exceso. Con respecto al patrón de conducta de Tipo B, los individuos muestran también mucho interés por el éxito y los logros, pero no llegan a experimentar niveles muy altos de estrés, por lo tanto sus niveles de estrés, no enferman su organismo (Ministerio de Trabajo de España, 2008).

Otra característica de la personalidad, es el locus de control, que indica que la causalidad de los eventos vitales son controlados por el Locus interno o causas internas, en la cual las propias acciones o decisiones intervienen en el entorno y condicionan los resultados, y por fuerzas externas como la suerte o el destino, que serían las causas externas que controlarían los acontecimientos (Ministerio de Trabajo de España, 2008).

También, por otro lado tenemos a los estilos de afrontamiento que lo definen como la facultad que tiene un individuo para hacer frente a situaciones que producen estrés. Hay estilos de afrontamiento que favorecen la respuesta de estrés como; intentar evitar la situación estresante, autoculparse de lo que sucede, afrontar la situación de manera impulsiva o irracional, negar el acontecimiento, etc. Mientras que hay factores moduladores y protectores del estrés que buscan disminuirlo como, la búsqueda de soluciones viables, el autocontrol, la autoeficacia, el desarrollo de habilidades, la autoestima y el apoyo social (Ministerio de Trabajo de España, 2008).

1.1.6. Consecuencias del estrés

El estrés genera consecuencias en el organismo de las personas provocando alteraciones en su salud, entre las cuales citamos:

- a) Consecuencias Fisiológicas: En una situación estresante, el organismo produce una serie de cambios que permiten “defenderse” del estímulo agresor y que en principio, establece un grado de homeostasis en el organismo, como ejemplo podemos citar la activación del sistema nervioso autónomo simpático, que estimula la liberación de glucocorticoides que son hormonas contra insulares y que permiten un adecuado mantenimiento de glucosa en el organismo para proveer energía. Así también es el caso de liberación de catecolaminas como son la adrenalina y noradrenalina que permitirían una elevación del metabolismo basal, tensión arterial, provocando una mejoría a nivel circulatorio (Maffei, 2012).

Cuando dicho estímulo es mantenido en el tiempo, dichos factores “protectores” desencadenan cambios a nivel somático por hiperestimulación, como es el caso de aumento en la acidez gástrica que predispone a úlcera péptica; la elevación de la presión arterial súbita o permanente, induce a eventos cardiovasculares como son la angina, evento cerebrovasculares, etc. (Alvarez & Fernandez, 1991).

Con respecto a otros cambios a nivel somático podemos enumerar (Alvarez & Fernandez, 1991):

- Trastornos gastrointestinales: espasmo esofágico, reflujo gastroesofágico, síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa.
- Trastornos cardiovasculares: arritmias cardíacas, enfermedades coronarias.
- Trastornos respiratorios: asma bronquial
- Trastornos dermatológicos: hiperhidrosis, alopecia.

b) Consecuencias Cognitivas (Alvarez & Fernandez, 1991):

- Depresión
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Trastornos en el Sueño
- Disminución en la capacidad de atención y concentración

c) Consecuencias Motoras (Alvarez & Fernandez, 1991)

- Tensiones
- Contracturas
- Fibromialgia

1.1.7. Medidas preventivas y control del estrés

Para prevenir que el estrés tenga consecuencias negativas en la salud de las personas en el ámbito biopsicosocial, existen una serie de medidas que podemos implementar en la vida diaria. Se recomienda capacitar a las personas en el reconocimiento de factores estresantes y sus efectos en la salud así como dar a conocer las técnicas para controlar las condiciones que producen estrés.

TÉCNICAS PARA PREVENIR EL ESTRÉS		
GENERALES	Objetivo: Desarrollar estrategias personales para afrontar el estrés	Desarrollo de un buen estado físico
		Dieta Adecuada
		Apoyo social
		La distracción y el buen humor
Cognitivas	Objetivo: Cambiar la Percepción y La interpretación de los problemas. Evaluación del problema. Reestructuración de esquemas cognitivos.	Reorganización Cognitiva
		Modificación de pensamientos automáticos y deformados, logrando una descripción objetiva de la situación.
		Desensibilización sistemática
		Inoculación del estrés
		Detención del pensamiento
Fisiológicas	Encaminadas a reducir la actividad fisiológica, el malestar emocional y físico.	Técnicas de relajación física
		Técnicas de control de la respiración
		Técnicas de relajación mental (meditación)
		Biofeedback
Conductuales	Objetivo: Promover conductas adaptativas, dotar de estrategias de comportamiento para afrontar el problema.	Técnica de solución de problemas
		Entrenamiento asertivo
		Entrenamiento en habilidades sociales
		Técnica de solución de problemas
		Modelamiento encubierto
		Técnicas de autocontrol

Fuente: (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, 1995, p. 4); elaborado por: María Elizabeth Alvarado.

1.2. Conceptualización del burnout

1.2.1. Definiciones y delimitación histórica del síndrome de burnout

Antes de abordar una definición única acerca del síndrome de burnout, es indispensable conocer los diferentes pensamientos que se han ido dando a lo largo del tiempo y que aportan diferentes matices acerca de este tema:

En 1974, el médico psiquiatra Herbert Freudenberger quien trabajaba de manera voluntaria en una Institución de Salud, al igual que otros voluntarios, observó que más o menos a los tres años la mayoría de sus compañeros se encontraban desmotivados, faltos de interés y agotamiento por el trabajo, presentando algunos síntomas de depresión y ansiedad.

Posteriormente, Maslach y Jackson (1981), lo puntualizaron al burnout como:

La respuesta al estrés laboral crónico, que provoca cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación; acciones y sentimientos negativos hacia los individuos con los cuales se interacciona (despersonalización) y que progresan con sentimientos de devaluación del rol profesional (fracaso o sentimientos de inadecuación). Por lo que el burnout se caracteriza por un síndrome tridimensional, que sirvió como modelo para la elaboración de su cuestionario "Maslach Burnout Inventory" (MBI) en donde se destaca: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) falta de realización personal, (p. 192).

Peter Brill (1984), lo conceptualiza como, un estado en que un individuo en su puesto de trabajo en el que antes ha estado realizando sus funciones de manera eficiente, después de un tiempo ya no lo realiza de la misma manera, si no es por ayuda de alguien o por una readecuación del puesto

Gil-Monte y Peiró en un estudio realizado en 1997 (como se citó en Ortega y Lopez, 2004), explican el burnout como, "una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes negativas para el individuo, involucrando problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias perjudiciales para la persona y para la institución. Así mismo, Schaufeli y Buunk definen que el burnout, es un comportamiento negativo en el trabajo, que perturbaría no solamente al individuo, sino también a la actividad que se desarrolla en éste. Por otro lado, Mingote Adán (1998) realiza un sumario de los elementos comunes que están en la mayoría de los conceptos de burnout, el cual afirma se da por una incorrecta adaptación al trabajo, dando como resultado baja productividad y sentimientos de baja realización. En primer lugar están los síntomas disfóricos; como la negatividad, el agotamiento emocional, en segundo lugar la despersonalización en el trato con el cliente y sus compañeros de trabajo, y finalmente aparecen los síntomas físicos de estrés psicofisiológico como el agotamiento, malestar general, procesos atenuantes de ansiedad y comportamientos adictivos que disminuyen la calidad de vida (p. 171).

Concluyendo, el síndrome de burnout, es una consecuencia del estrés severo, que se observa con mayor frecuencia en personas que laboran con altos ideales de “ayuda”, como por ejemplo: médicos, enfermeras, profesores, etc., surgiendo agotamiento, desarrollando apatía, frustración, síntomas somáticos e incapacidad de hacer frente a la situación que la originó.

1.2.2. Poblaciones propensas al burnout

Cristina Maslach (1982) estipuló, “las relaciones terapéuticas o de servicio que los cuidadores o proveedores desarrollan con los receptores, exigen un nivel permanente e intenso de contacto personal y emocional”. Es decir, las profesiones más vulnerables para sufrir burnout, son las que están vinculadas a la educación, a la salud, al sistema de justicia criminal, profesiones religiosas y demás prestación de servicios, teniendo como objetivo la ayuda y servicio a gente con diversas problemáticas, dando paso a la generación de estrés (p.37).

Es así que, en el año 1996, se publicó el cuestionario MBI aplicable para todo tipo de profesiones y grupos ocupacionales; y en el año 2002, se amplió el cuestionario de burnout al ámbito estudiantil. Demostrando así, que los estudiantes también se queman por el estudio, revelando que este síndrome también se da en actividades académicas.

Podemos concluir subrayando que la fatiga, la desmotivación, la presión de parte de los superiores, los problemas de salud, las condiciones laborales inadecuadas, los problemas familiares u otros factores de carácter social, político y económico, cambian el desempeño de los trabajadores y estudiantes; demostrando niveles de agotamiento emocional, despersonalización, ineficacia, carencia de logros e incompetencia en el desarrollo de sus actividades, sean estas laborales o académicas.

1.2.3. Fases y desarrollo del síndrome de burnout

Para Edelwich y Brodsky (1980), describen cuatro fases del individuo que padece burnout (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010):

Fase 1.	Entusiasmo	Aspiraciones, energía exuberante y falta de la noción de peligro.
Fase 2.	Estancamiento	Nace tras no poder cumplir los ideales de la primera fase de entusiasmo, empezando a surgir la frustración;

Fase 3.	Frustración	Destaca problemas emocionales, físicos y conductuales, es aquí donde se evidencia el núcleo central del síndrome
Fase 4.	Apatía	Surge como mecanismo de defensa ante la frustración, este término involucra sentimientos de distanciamiento laboral, y conductas de inhibición de la actividad profesional.

Fuente: (Martínez P., 2010) Elaborado por: María Elizabeth Alvarado,

Concluyendo, podríamos afirmar, que el síndrome de burnout, es producto de la actividad laboral y las interacciones que mantiene con clientes, siendo estas intensas, o duraderas. Por lo que el burnout es un proceso progresivo, que lentamente se va “implantando” en la persona hasta inducir en éste los sentimientos disfóricos propios del síndrome.

1.2.4. Características, causas y consecuencias del Burnout

La principal característica del burnout es el desgaste emocional, sentir que no se puede dar más de sí mismo, por falta de capacidad para enfrentar un estímulo estresante y el sujeto trata de aislarse de los demás, tendiendo hacia una actitud impersonal hacia los usuarios y los compañeros; y la pérdida de ideales, energía y propósito (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010).

A continuación se exponen las causas de burnout, según Freudenberger (1974-1980), Edelwich y Brodsky (1980):

- a) Las relaciones interpersonales intensas en el trabajo
- b) Hallarse descontento con su rol
- c) Sentir altos niveles de estrés en el lugar laboral
- d) Sentimientos de apatía y claudicación
- e) Recibir apoyo inadecuado

Todo lo anterior conlleva a una serie de consecuencias, las mismas que podríamos enumerar:(como se citó en Carlin y Garcés, 2010):

- a) **Síntomas Emocionales:** Depresión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, apatía.

- b) **Síntomas Cognitivos:** Pérdida de significado, pérdida de valores, bajas expectativas, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, falta de creatividad, criticismo generalizado.
- c) **Síntomas Conductuales:** Evitación de responsabilidades, ausentismo laboral e intenciones de abandonar el trabajo, menosprecio hacia el propio trabajo, no querer tomar decisiones, incremento en el uso de alcohol, tabaco y drogas.
- d) **Síntomas Sociales:** Retraimiento y aflicción por fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.
- e) **Síntomas Psicosomáticos:** Cefaleas, fibromialgia, pérdida de apetito, cambios de peso, alteración en el libido, insomnio, enfermedades cardiovasculares como: hipertensión arterial, arritmias cardíacas, angina de pecho, alteraciones gastrointestinales como: espasmos esofágicos, úlceras pépticas, colon irritable, etc.

1.2.5. Modelos explicativos del burnout

Por las diversas causas, grado de importancia de variables y factores que forman parte del burnout, se han desarrollado varios modelos explicativos, definiendo los modelos etiológicos en cuatro líneas de investigación que se describen a continuación (como se citó en Martínez, 2010).

1.2.5.1. *Modelos etiológicos basados en la teoría socio cognitiva del Yo*

Como se citó en Martínez (2010), este modelo enumera dos causas como las más importantes, en primer lugar “*las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad*”, no obstante estas cogniciones o pensamientos se modifican por los efectos o consecuencias observadas, y en segundo lugar “*el empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones, están determinadas por la autoconfianza del sujeto*”

Sumado a lo anterior existen otros tipos de modelos que dan mayor validez a las variables del ser, como la autoconfianza, autoeficiencia, autoconcepto y del self, entre los que podemos citar:

- a) Modelo de competencia social de Harrison (1983): (como se citó en Martínez, 2010), este autor hace relevancia a factores de ayuda o de barrera que determinarían el grado de competitividad de un trabajador, es

así como en los factores de ayuda existirá una gran motivación que dará como resultado un aumento en la eficacia y competencia de sus labores, mientras que en los factores de barrera impedirá el logro de metas establecidas disminuyendo la autoeficacia y provocando la aparición del síndrome de Burnout.

- b) Modelo de Pines (1993): (como se citó en Martínez, 2010), en este modelo hace hincapié a que personas con altas expectativas humanitarias en el trabajo, sufren del síndrome de Burnout al no poder cumplir sus metas laborales, quedando incapacitados para afrontar las problemáticas en sus labores, desarrollando síntomas disfóricos.

- c) Modelo de la autoeficacia de Chermis (1993): (como se citó en Martínez, 2010), este apartado radica en que el síndrome de Burnout, aparece dependiendo de la autoeficacia percibida por el trabajador, en relación al cumplimiento de metas, si la percepción del sentimiento de autoeficacia es fuerte, tendrá menos posibilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout, ya que al cumplir sus metas evitará el fracaso psicológico.

En otras palabras, cuando los trabajadores están convencidos que tienen la capacidad de afrontar una situación amenazante de manera positiva, están menos propensos a desarrollar este síndrome, ya que al cumplir los logros establecidos, afirmarían sus sentimientos de autoeficacia.

- d) Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993): el fundamento principal radica en la autoconfianza del individuo estableciendo cuatro factores.
 - a. Conflictos entre lo que demanda una tarea y el recurso que tiene el sujeto para desarrollarla.
 - b. El grado de autoconciencia
 - c. Las perspectivas de logro personal
 - d. Los sentimientos de autoconfianza

Concluyendo, varios autores han dado importancia del “yo” como factor principal en la aparición del síndrome de Burnout, centrándose en la manera como el sujeto percibe la realidad y como estas se afirman o desestiman; esta autopercepción depende del cumplimiento de metas establecidas, siendo factores determinantes en el síndrome de Burnout. Es así que, cuando un individuo

cumple sus expectativas de logro personal, genera sentimientos de autoconfianza siendo un factor protector contra el Burnout, en contra posición, si no consigue sus metas se genera sentimientos de frustración, permitiendo que surja este síndrome.

1.2.5.2. Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social:

Con respecto a este modelo, (como se citó en Martínez, 2010), la interacción entre el sujeto y sus pares, podría establecer comparaciones a nivel laboral, provocando sentimientos de falta de igualdad, falta de ganancia, lo que llevaría a una desmotivación, aumentando la probabilidad de padecer el síndrome de burnout.

Dentro de esta línea de investigación citaremos los siguientes modelos:

- a) Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli (1993): (como se citó en Martínez, 2010), este modelo fue dirigido específicamente al estudio del burnout en el campo de la enfermería, ya que están expuestas a dos procesos:
 - i. *Procesos de intercambio social*: en donde se destacan tres puntos:
 1. Incertidumbre de cómo actuar sobre sus propios sentimientos y pensamientos.
 2. Equidad, hace alusión a la apreciación sobre el esfuerzo brindado y la recompensa obtenida.
 3. La falta de control, hace referencia sobre la capacidad de afrontamiento en sus actividades laborales.
 - ii. *Procesos y mecanismos de afiliación social y comparación con sus pares de trabajo*: en esta profesión no puede establecer una relación de confianza o de ayuda mutua con sus compañeros debido al temor de ser catalogadas como no aptos para desarrollar las labores encomendadas.
- b) Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993): la idea principal radica en el nivel de motivación que tenga el trabajador al realizar sus tareas, las cuales depende directamente de los recursos que mantenga para cumplir sus logros laborales (como se citó en Martínez, 2010).

1.2.5.3. Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional

Esta teoría se caracteriza por factores estresantes y las técnicas de afrontamiento que se apliquen para evitar el burnout; tomando importancia variables como el clima organizacional, la cultura y estructura organizacional, el apoyo recibido, y la comunicación en el trabajo, (como se citó en Martínez, 2010).

- a) Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenridery Carter (1988): este modelo se caracteriza por tener tres fases que están ordenadas de manera secuencial. La primera corresponde a la despersonalización que sucede cuando los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad ante el estrés, este último puede darse por sobrecarga laboral, pobreza del rol, provocando disminución de la autonomía y el control de tareas. La segunda fase corresponde a la disminución de la realización personal en donde el sujeto pone en práctica estrategias de alejamiento para confrontar la situación estresante; y por último en la tercera fase un aumento del agotamiento emocional (como se citó en Martínez, 2010).
- b) Modelos de Cox, kuk y Leiter (1993): este modelo hace hincapié a que este síndrome surge en particular en las profesiones humanitarias donde la dimensión principal es el agotamiento emocional. La despersonalización se concibe como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es consecuencia de la evaluación cognitiva del estrés (como se citó en Martínez, 2010).
Para Cox y Cols (1993), integran el concepto “salud de la organización” que se refiere a una coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización como son las estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc. (como se citó en Martínez, 2010).

Resumiendo, la teoría organizacional, se enfoca en dos variables, el primero que son los factores estresantes y segundo las técnicas de afrontamiento ante estas variables. Entre los factores estresantes se podría citar; el clima laboral, la cultura, apoyo entre pares, deficiencia en la comunicación, escasa motivación, sobrecarga laboral; los mismos que cuando están presentes el sujeto pierde su motivación inicial laboral, y por ende el individuo opta por estrategia de afrontamiento, las cuales, cuando son inadecuada surgiendo entonces distanciamiento de su rol profesional, manifestado por la despersonalización, provocando por último el agotamiento emocional.

1.2.5.4. Modelos Etiológicos basados en la teoría estructural

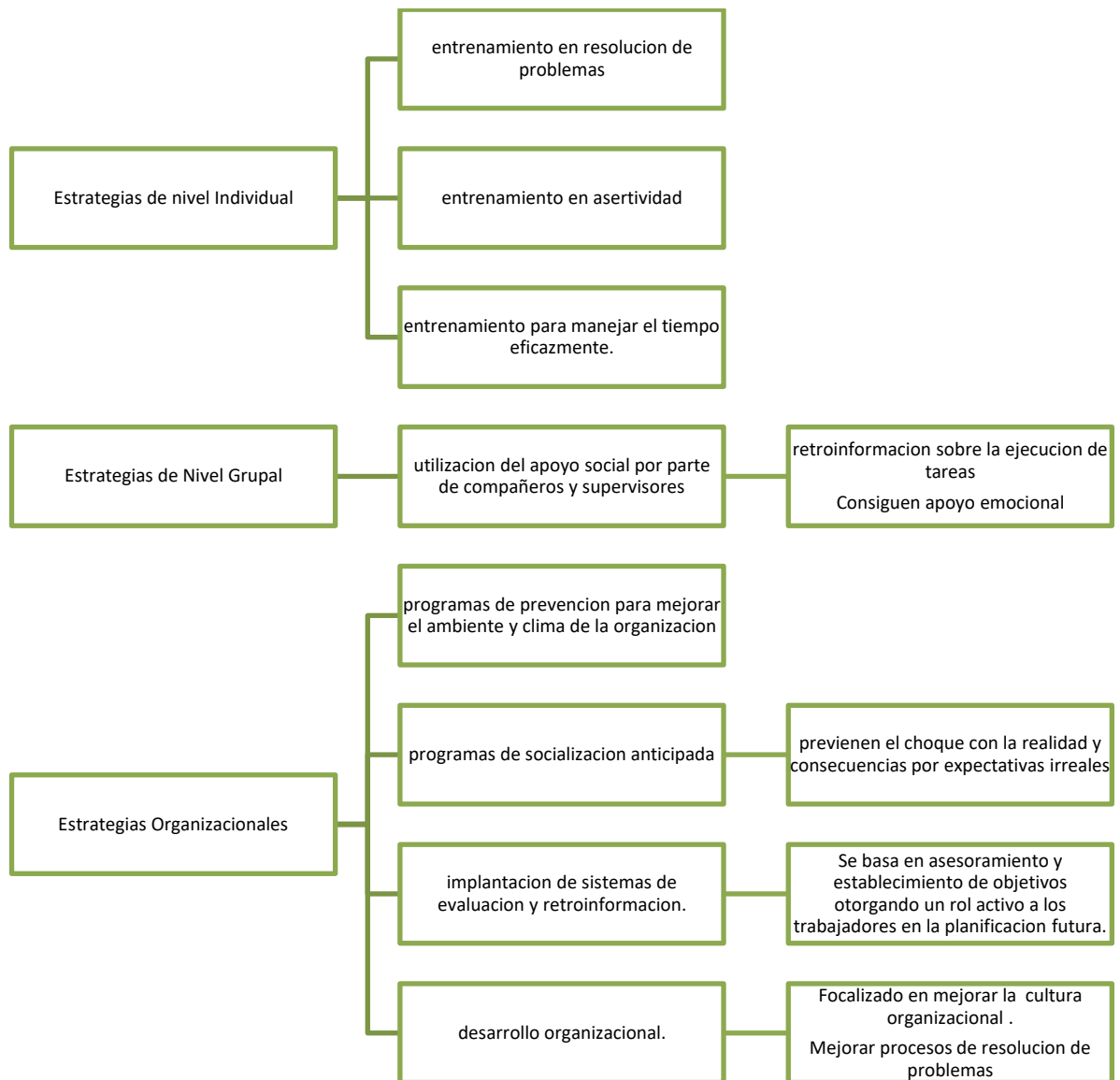
Dichos modelos plantean, (como se citó en Martínez, 2010) que, el síndrome de burnout que se relaciona como una falta de habilidades de afrontamiento, en relación con los antecedentes personales, interpersonales, y organizacionales. Estos modelos se basan en teorías transacciones y proponen que el estrés surge del desequilibrio entre las demandas y la capacidad de repuesta del individuo.

- 1.2.5.4.1. Modelo de Gil Monte y Peiró (1997): las variables que toma en cuenta son de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Por lo que concibe que el síndrome es producto de una inadecuada forma de afrontamiento al estrés laboral percibido.

1.2.6. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Se evidencia que el burnout es un síndrome que surge por factores estresantes mantenidos de manera crónica, superando las capacidades de afrontamiento del sujeto; por lo tanto, es indispensable que en las estrategias de prevención se involucren los tres niveles (individual, grupal, organizacional), debido a que la persona es un ser biopsicosocial, su salud psíquica-física no solo depende de este, sino del entorno que lo rodea. Estas estrategias permiten al sujeto de manera individual, ejercer autonomía en sus acciones, ya que permite potenciar sus capacidades para enfrentar eventos estresores y no permitir que estos influyan en su conducta; de manera grupal, estas estrategias permitirían establecer un soporte social, reforzando el apoyo emocional y de forma organizacional, estas estrategias, permitirían establecer un adecuado clima laboral, conseguir una adecuada retroinformación, definir adecuadamente el rol a desarrollar para que de esta forma, el sujeto tenga y pueda cumplir con sus metas establecidas, disminuyendo la sensación de frustración y agotamiento.

Las estrategias para la prevención y el tratamiento del Síndrome de Burnout se concentran en tres categorías: Estrategias Individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales (Gil Monte y Peiró, 1997). Las cuales se detallan en el siguiente cuadro.



Fuente: (Gil Monte P., 2003), elaborado por Ma. Elizabeth Alvarado.

1.3. Conceptualización de las Variables de la Investigación

Antes de abordar la conceptualización de las variables que inciden sobre el síndrome de burnout, es conveniente saber sobre su origen.

En Inglaterra, David Goldberg (1970) realiza un estudio con 237 adultos, en el Hospital Universitario de Manchester, con el fin de evaluar el grado de salud general, desarrollando un cuestionario conocido actualmente como el GHQ-28 el cual consta de cuatro subescalas de siete ítems cada una. La escala A, refiere síntomas somáticos; la B, ansiedad e insomnio; la C, disfunción social y la O, depresión severa. Además explora cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. (García V, 1999)

Es interesante observar que el GHQ-28, fue elaborado para abordar un estado de salud auto percibida, o sea lo que el sujeto concibe sobre sí mismo en cuanto a su bienestar general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas, consecutivamente se han realizado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems, que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados. En esta herramienta, se debe escoger respuestas en escala likert con valores que comprenden de 0 a 3, donde a mayor puntuación, peor es el nivel de salud mental, siendo el valor máximo que se puede obtener en la escala de 12 preguntas, es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. Cabe destacar que el GHQ-28 es un cuestionario de *screening* (fácil, rápido y cómodo de manejar), ha demostrado tener una fuerte validez interna, por lo que ha sido aplicado en varias investigaciones científicas, permitiendo detectar síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave (Garmendia, 2007, p. 58)

1.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

1.3.1.1. Variables de riesgo y protectoras

Existen ciertas variables que influyen en el desarrollo del síndrome de Burnout, las cuales mencionamos a continuación: (como se citó en Villar Calatayud, 2015, pp. 9,10)

En primer lugar describiremos las variables sociodemográficas como:

- a) *La antigüedad laboral*: las personas que llevan en su puesto de trabajo pocos años, son las que más se queman por motivos como: las expectativas que tuvieron, no corresponden con lo que realizan diariamente, o las recompensas económicas, personales y profesionales, no son lo que esperaban obtener o lo prometido por la empresa.
- b) *El género*: se dice que las mujeres son más propensas a sufrir burnout debido a que a más de trabajar, deben realizar las tareas en el hogar, están al cuidado de los hijos o padres, etc., sobrellevando una doble carga laboral.
- c) *Estado civil*: en diferentes estudios se ha demostrado que las personas solteras son las más propensas a sufrir de burnout, ya que no cuentan con el apoyo social de pareja como tienen las personas casadas o que conviven en pareja.

- d) *Turnos de trabajo*: las personas que trabajan en turno son las expuestas a desencadenar burnout, debido a que no tienen un horario regular y siempre están obligados a reprogramar las actividades de la vida diaria.
- e) *Sobrecarga laboral*: cuando las personas tienen muchas responsabilidades en su trabajo o una cantidad de actividades a las que no están acostumbradas, disminuirá la calidad de sus funciones y sentirán frustración por no poder cumplir con todas las tareas y obligaciones.

En segundo lugar se encuentran las variables de personalidad que se refieren a las características de la personalidad de cada individuo. Las personas más vulnerables a sufrir de Burnout, son las que tienen un patrón de conducta tipo A, baja estabilidad emocional y locus de control externo, perfeccionistas, alta dedicación al trabajo y con baja autoestima.

En tercer lugar, se encuentran las variables sociales, haciendo alusión a las relaciones laborales y extra laborales, en las cuales puede desencadenarse el síndrome de burnout por ausencia de apoyo social, el cual proviene de distintos grupos de personas como la familia, compañeros de trabajo, jefes, supervisores, amigos íntimos, vecinos, etc. Los diversos estudios aseguran que el apoyo social destruye los estímulos estresantes, cambia la imagen que se tiene de los estresores, trabajan conjuntamente con las estrategias de afrontamiento y modificando el estado de ánimo, mejorando la motivación y la autoestima de las personas.

Por último están las variables organizacionales, mencionando a los climas de trabajo en los que se encuentran los trabajadores, como por ejemplo, incertidumbre de permanencia en el puesto de trabajo, el conflicto de roles, políticas de la organización, control de labores, formando un clima toxico o negativo en el ambiente de trabajo y provocando la manifestación de Burnout.

1.3.1.2. Motivación y satisfacción laboral

La palabra motivación proviene del latín *motivus* que significa movimiento. Tanto para la psicología y la filosofía, la motivación implica un impulso del ser, hacia una determinada meta. La motivación es el motor fundamental, en el que basamos nuestras metas para realizar un esfuerzo en búsqueda de una

satisfacción personal, permitiéndonos un crecimiento particular. (Universidad de Alicante, 2007).

N. Morse (como se citó en Perez Rubio, 1997), concibe la motivación en forma de expectativas y experiencias, es decir, la satisfacción laboral será el resultado de lo que el individuo aspira obtener y lo logra efectivamente, por lo que en este tema, la motivación y la satisfacción laboral están vinculadas a las aspiraciones del individuo junto a la medida en que estas se cumplen.

Por otro lado, Homans (1961) (como se citó en Pérez, 1997), plantea que la motivación está dada por contribuciones (experiencia del individuo, instrucción, habilidades, competencia, edad) y retribuciones (lo que aporta la Institución al individuo como salario, promociones, tipo de trabajos, beneficios sociales, ventaja, consideraciones, etc.). En este caso la satisfacción no viene dada por la perspectiva individual, sino por una visión de justicia retributiva a nivel de la empresa, lo que equivale a retribuir más a quien dé más.

Al concluir podemos decir que en el ámbito laboral, la motivación juega un papel muy importante, ya que a través de esta las organizaciones impulsan a los empleados a obtener un alto desempeño en sus labores y esto repercute positivamente en el cumplimiento de metas organizacionales. Cabe resaltar que no solamente el factor de retribución económica juega un papel primordial, ya que la motivación viene dada por los ideales propios de cada individuo como puede ser la satisfacción del sentido de pertenencia, una buena relación social entre compañeros de trabajo, las expectativas de reconocimiento, así como sentir importancia y utilidad para la organización.

Según varios autores recomiendan utilizar algunos recursos para la motivación de los trabajadores.(Corporación de Empresarios de Malaga, 2013, pp. 175,187,188)

1. Dar oportunidad en nuevas tareas donde el trabajador pueda mostrar su creatividad y logros.
2. Reconocer logros de forma verbal, económica o frente al resto de pares reafirmando su valor como empleado.
3. Empatizar con el empleado cuando este tenga problemas de índole personal, familiar o laboral, mostrando interés por la situación que está pasando y si es posible dar un tiempo libre para la solución de estos.

4. Mejorar la comunicación entre niveles jerárquicos y trabajadores, haciendo que esta sea bidireccional, pudiendo expresar sus opiniones o sugerencias.
5. Evitar la monotonía de las actividades, rotando responsabilidades y generando nuevos objetivos.
6. Establecer un clima laboral adecuado, socializando entre compañeros mediante la creación de eventos, reuniones o paseos., promoviendo valores organizacionales, como la amabilidad, tolerancia y respeto entre compañeros.
7. Dotar de la Infraestructura adecuada como: mobiliario, iluminación, ventilación, etc.
8. Planificar metas alcanzables para la organización y para el trabajador, minimizando la frustración.

1.3.1.3. Investigaciones Realizadas

Una investigación realizada sobre Satisfacción Laboral y síndrome de Burnout en docentes de nivel primario en Argentina, tuvo como propósito, evaluar el estado de satisfacción laboral de los docentes y su impacto en las dimensiones del Síndrome de Burnout. Se trabajó con una muestra de 229 profesores de nivel primario, de las provincias de Entre Ríos y Buenos Aires. Los resultados indicaron un efecto significativo de la satisfacción laboral sobre las diversas manifestaciones del síndrome. Los maestros más satisfechos con su trabajo mostraron puntuaciones más bajas de cansancio emocional y valores más elevados en la dimensión realización personal del Maslach Burnout Inventory (MBI). A mayor satisfacción laboral, tanto extrínseca como intrínseca, menor es el cansancio emocional y la despersonalización y a su vez, mayor es la realización personal. La satisfacción laboral, tanto en sus aspectos extrínsecos como intrínsecos, ejerce una influencia significativa sobre las manifestaciones del Síndrome de Burnout, derivando en un bajo Cansancio Emocional y una mayor Realización personal asociada a la tarea educativa. (Menghi & Oros, 2014, pp. 47-58)

Otra investigación titulada “Estrés Laboral En Empresas De Producción”, la misma que se efectuó dentro del Macro Proyecto de Factores de Riesgo Psicosocial y Estrés Laboral en algunas empresas de producción del Centro Occidente de Colombia, efectuando el estudio a 287 trabajadores del área operativa y 56 supervisores de producción. A partir de la aplicación de los

instrumentos se describieron e interpretaron las relaciones entre el estrés laboral y los factores de riesgo psicosocial intralaboral y extra laboral. Los resultados demuestran que las principales fuentes de estrés en el lugar de trabajo están dadas principalmente por los factores de riesgo extra laborales tales como: situación económica, problemas familiares y tiempo fuera del trabajo. Estos factores se lograrían mejorar si las empresas asumen políticas claras de responsabilidad social. (Flórez Tobar, 2014, p. 12)

En estos dos estudios citados anteriormente, podemos observar que la satisfacción laboral y un buen ambiente laboral y social, son factores protectores en la aparición del síndrome de burnout, y que son inversamente proporcional al cansancio emocional, ya que indican sobre el cumplimiento de metas concretas en el trabajo, por lo que el sujeto esta menos propenso a la frustración y por ende a padecer menor estrés laboral.

1.3.2. El Burnout y la relación con la salud mental

1.3.2.1. Definiciones de salud mental

Hablar de salud mental es amplio y depende de varias características del sujeto como son; los estilos de vida y características personas, interpersonales, sociales y laborales que se integran para lograr el bienestar biopsicosocial.

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud mental “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Tomando como referencia al autor Luis A. Oblitas, se entiende por salud mental “el bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo”. (Oblitas, 2017, p. 3)

1.3.2.2. Síntomas somáticos

Los síntomas somáticos hacen alusión a una serie de manifestaciones orgánicas que tiene una etiología cognitiva producto del estrés continuo, tras percibir situaciones a las que al sujeto le resulta difícil responder y estas le generan: ansiedad, tensión, estrés y malestar (Uribe, Patlán, & García, 2015).

Entre los síntomas más comunes tenemos: dolor del sistema esqueleto-muscular, fatiga, dificultad respiratoria, trastornos gastrointestinales (dispepsia), trastornos cardiovasculares (angina, hipertensión arterial), dermatológicos (alopecia), disminución de las capacidades cognitivas, trastornos del sueño (insomnio), trastornos de la alimentación y/o sexuales y trastornos por deficiencia sistema inmunológico (Uribe et al. 2015)

1.3.2.3. Ansiedad e insomnio

El Insomnio es un trastorno del sueño, que se define como una imposibilidad para empezar y conservar el sueño, sin establecer un estado de vigilia normal, por lo que incide directamente con la calidad del individuo, ya que incide directamente en el rendimiento laboral y aumenta la probabilidad de sufrir diversas patologías orgánicas y cognoscitivas (Sarrais & de Castro Manglano, 2007).

Existen parámetros establecidos por la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición) para el diagnóstico del insomnio como tal: dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño que dure al menos un mes y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal (Sarrais et al. 2007).

Cabe indicar que el insomnio es un síntoma más que una enfermedad en sí misma, por lo que resulta indispensable al momento de abordar este trastorno, tratar la etiología del mismo, y no confundir con la disminución de las necesidades del sueño que podríamos observar en personas adultas mayores, donde existe una disminución fisiológica de la etapa 3 y 4 del ciclo del sueño, lo que conlleva a menor necesidad de duración del mismo, y que a diferencia con el insomnio, no se acompaña de sintomatología concomitante (Sarrais et al. 2007).

La ansiedad se caracteriza por constituir una preocupación exagerada que lleva a sentir pánico y va acompañada de síntomas somáticos. De esta manera Spielberger (1966), define a la ansiedad como “un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo” (p. 23).

En el DSM-V, la ansiedad “es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.” (American Psychiatric Association, 2015)

Concluyendo, la ansiedad se caracteriza por agitación e intranquilidad con impresión de peligro inminente siendo este percibido con total nitidez, manifestándose síntomas psíquicos y somáticos, por lo que la persona trata de buscar una solución. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003)

Según lo anteriormente expuesto, podemos deducir que el síndrome de burnout posee características fuertemente relacionadas con sintomatología ansioso-depresiva, por lo que no es raro encontrar en ellos características comunes como la Ansiedad y el Insomnio. Esto sucede porque el organismo secreta una mayor cantidad de hormonas del estrés como el cortisol y catecolaminas, que pone al organismo en un estado de defensa hacia un factor amenazante, manifestándose en forma de síntomas psicosomáticos.

1.3.2.4. Disfunción social en la actividad diaria

“Toda manifestación que rompa la armonía es disfuncional” (Viniegra, 1985, p. 411), el autor también indica que, el conflicto es una manifestación de disfunción social, el cual se da en la sociedad y se debe evitar, suprimir o solucionar, tratando de adaptarse a los cambios y preservar la coherencia y la estabilidad en el lugar donde nos desarrollemos.

En el ámbito laboral debido a las responsabilidades que tiene el trabajador, siendo estas muchas veces de actividad mental como el procesamiento de información o solución de problemas, ocasiona desgaste a nivel mental o emocional, provocando un desequilibrio a nivel de salud física y emocional del individuo; ocasionando estrés, burnout, insatisfacción, depresión, enfermedades de origen inmunológico, cardiovasculares, desórdenes estomacales o

intestinales, problemas musco esqueléticos, absentismo por enfermedad e incluso la incapacidad laboral, teniendo también consecuencias sobre la vida familiar (Martin, Salanova, & Peiró, 2003).

1.3.2.5. Tipos de depresión

La depresión se manifiesta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo: tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Ministerio de Sanidad Servicio Sociales España, 2016).

1.3.2.5.1. Trastorno Depresivo Mayor

Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas (American Psychiatric Association, 2015, p. 12):

a) Síntomas principales (requerido para el diagnóstico)

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades.

b) Síntomas adicionales

- Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida

1.3.2.5.2. Trastorno Distímico

Se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos dos años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año. Los sujetos deben cumplir de igual

manera síntomas adicionales como: alteración del hábito alimenticio, trastornos del sueño, baja autoestima, síntomas de desesperanza, aislamiento social, descenso de la actividad y la eficiencia (American Psychiatric Association, 2015).

1.3.2.5.3. Trastorno Depresivo No Especificado

Esta categoría incluye trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, distímico, adaptativo con estado de ánimo depresivo o adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso o depresivo (American Psychiatric Association, 2015).

1.3.2.6. Investigaciones realizadas

La siguiente investigación hace referencia a la existencia de diferencias en la estructura de redes personales y problemas de salud mental de ex combatientes ilegales colombianos con y sin conflictos relacionales. Se aplicaron los cuestionarios a 106 individuos de tres ciudades mediante un estudio comparativo, analizando las propiedades estructurales de sus redes y el registro de problemas de sintomatología somática, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión grave. Los problemas de ansiedad e insomnio y depresión, fueron más comunes en redes con conflictos interpersonales, en el estudio el 56% de los integrantes de las redes analizadas fueron hombres y 44% mujeres, sobresaliendo la preferencia por personas allegadas, especialmente por individuos a los que se conoce desde hace varios años. En la valoración de problemáticas relacionadas con la salud mental, la disfunción social fue la condición más frecuente al ser reportada en 41.5% de los participantes, mientras que los Síntomas somáticos obtuvieron una media de 4.48 y se reportaron en 15.1% de los evaluados. La subescala de Ansiedad Insomnio obtuvo una media de 3.0 y un porcentaje de aparición de 5.7% y finalmente, la media más baja de los cuatro indicadores fue la de Depresión grave con un valor de 1.5 y sólo se reportó en 1.9% de los ex combatientes. Las redes con y sin interacciones conflictivas también mostraron diferencias en lo referente a la salud mental de los ex combatientes. En un principio es necesario indicar que las problemáticas identificadas no tuvieron una frecuencia de aparición elevada. Curiosamente, fue la disfunción social la más reseñada, pero condiciones como la depresión grave y la ansiedad e insomnio no tuvieron una alta tasa de reporte. (Ávila Toscano & Madariaga, 2015, pp. 279-282)

1.3.3. El Burnout y el afrontamiento

1.3.3.1. Definición y teorías de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984) describe al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que surgen, para manejar las demandas específicas externas y/o internas que sobrepasan los recursos del individuo. Por lo que sería un proceso cambiante en el que el sujeto, en ciertos momentos, debe optar con estrategias defensivas, y en otros casos con estrategias que sirvan para resolver el problema, según la situación actual con el entorno. (Martín Díaz, Jimenez Sanchez, & Fernández Abascal, 1997)

Everly (1989) lo define, como el esfuerzo para disminuir o paliar los efectos adversos del estrés, estos esfuerzos pueden ser de dos tipos: psicológicos o conductuales.

Cada individuo maneja diferentes estilos de afrontamiento que utilizan por aprendizaje o surgen en una situación de emergencia. Para Girdano y Everly (1986), las técnicas de afrontamiento podrían ser de tipo adaptativas o inadaptativas, las primeras disminuyen el estrés y motivan salud a largo plazo; las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo, provocan un quiebre en la salud a largo plazo (Everly, 1979).

Es necesario distinguir entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Según Fernández-Abascal (1997) las *estrategias de afrontamiento* son los métodos concretos que se manejan en cada situación y pueden variar según las circunstancias desencadenantes. Por otro lado los *estilos de afrontamiento* son tendencias particulares para manejar circunstancias, siendo responsables en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, como de su permanencia temporal y situacional. (Martín Díaz, Jimenez Sanchez, & Fernández Abascal, 1997, p. 190).

Las técnicas de afrontamiento, son aquellas actividades de tipo cognitivo o conductual, que surgen cuando un factor amenazante, sobrepasa las capacidades del sujeto, para hacerle frente. De las técnicas que el sujeto utilice dependerá como la persona se adaptara al factor estresante, pudiendo ser de manera positiva, disminuyendo los niveles de estrés de forma adecuada y por ende constituyendo factores protectores contra el desgaste profesional.

1.3.3.2. Estrategias de afrontamiento

Identificar el síndrome de burnout en trabajadores, trae implicaciones negativas en el ámbito laboral y va perturbando el bienestar personal en diversas áreas de la vida del individuo. Para hacer frente al posible padecimiento de este síndrome o situaciones estresantes, se plantean varios tipos de estrategias de afrontamiento y se dice que en el proceso de aplicación o el resultado final del afrontamiento pueden interferir factores internos como variables de personalidad o externos como apoyo social, los cuales pueden influir de forma favorable o desfavorable en el impacto de un estresor.

Carver *et al.* (1989), en concordancia con los planteamientos de Lazarus y Folkman (1986), (como se citó en Vázquez, Crespo y Ring, 2003), han desarrollado un modelo de estilos y estrategias de afrontamiento y un instrumento de medición (COPE Inventory), discriminando tres escalas conceptualmente diferentes: 1. Afrontamiento enfocado al problema 2. Afrontamiento enfocado a la emoción 3. Afrontamiento evitativo. Proponen 15 estrategias que las personas pueden poner en práctica para enfrentar situaciones de estrés, las que enumeramos a continuación: 1. Afrontamiento activo, 2. Planificación, 3. Supresión de actividades distractoras, 4. Refreno del afrontamiento, 5. Reinterpretación positiva, 6. Búsqueda de apoyo social emocional, 7. Búsqueda de apoyo social instrumental, 8. Reinterpretación positiva, 9. Aceptación, 10. Desahogo, 11. Religión, 12. Negación, 13. Desconexión conductual, 14. Desconexión mental y 15. Consumo de drogas y humor.

Asimismo Lazarus y Folkman (1986) manifiestan la existencia de tres tipos de afrontamiento (Vázquez et al., 2003).

- *Afrontamiento cognitivo: permite enfrentar el suceso y hacerlo menos desagradable.*
- *Afrontamiento Conductual: basado en conductas confrontativas de la realidad para manejar las consecuencias.*
- *Afrontamiento afectivo: regulación de las emociones para mantener un equilibrio afectivo.*

Existe otra clasificación por consenso teórico (Aldwin y Revenson, 1987; Ben-Zur, 1999; Brissette, Scheier y Carver, 2002; Carver et al., 1989; Lazarus y Folkman,

1986; Livneh y Wilson, 2003), la cual diferencia entre afrontamiento activo y pasivo. Las estrategias activas son esfuerzos para confrontar la situación crítica, usualmente adaptativas; mientras que las estrategias pasivas consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación, consideradas como desadaptativas (Vázquez *et al.*, 2003).

Por otro lado está la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985), este instrumento evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se generan para manejar una situación estresante, tiene ocho estrategias diferentes; las dos primeras centradas en la solución del problema y las cinco restantes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas (Vázquez *et al.*, 2003).

1. Confrontación	Intentar solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. Planificación	Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento:	Intentar apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. Autocontrol	Esfuerzo para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. Aceptación de responsabilidad	Reconocer la responsabilidad que se tuvo para que se origine o mantenga el problema.
6. Escape-evitación	Empleo de un pensamiento irreal improductivo. Utilizar estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Reevaluación positiva	Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
8. Búsqueda de apoyo social:	Acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Fuente: (Vázquez Valverde, Crespo López, & Ring, 2003, p. 427), elaborado por: Ma. Elizabeth Alvarado.

Según Barría (2001), las estrategias de afrontamiento dependen de los recursos que la persona dispone en ese momento del suceso, como por ejemplo recursos psicológicos o personales donde está inmersa la salud física hasta las creencias y valores, además la motivación que tenga para hacer frente a factor estresante, el locus de control, la capacidad para resolver problemas y medios materiales que le permitan conseguir una solución.

Para los autores Carver, Séller y Weintraub (como se citó en Barría, 2001), las estrategias de afrontamiento son 15 y pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

TIPOS DE ESTRATEGIA	SIGNIFICADO
1. Afrontamiento Activo	Llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o atenuar el estresor.
2. Planificación	Como se va a Enfrentar al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento activo.
3. Búsqueda de apoyo social Instrumental	Buscar Ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.
4. Búsqueda de Apoyo social emocional	Buscar obtener simpatía o apoyo emocional de alguna persona.
5. Interrupción de actividades distractoras	Inhibir la atención en otras actividades y focalizarse más en la causa del estrés.
6. Religión	Implicarse más en actividades religiosas
7. Reinterpretación positiva y crecimiento personal	Obtener lo positivo de la situación estresante y verla desde una perspectiva más favorable
8. Refrenar el afrontamiento	Afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que sea útil.
9. Aceptación	Aceptar el suceso ocurrido y que es real.

10. Centrarse en la emociones y desahogarse	Poner atención al malestar emocional pero con una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
11. Negación	Intentar rechazar la realidad del suceso estresor.
12. Desconexión Mental	Desconectarse psicológicamente del objetivo con que el estresor está interfiriendo mediante auto distracción.
13. Desconexión Conductual	Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con que el estresor está interfiriendo.
14. Consumo de Alcohol y Drogas	Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor
15. Humor	Hacer bromas sobre el estresor.

Fuente: (como se citó por Barría Muñoz, 2001) Elaborado por: María Elizabeth Alvarado Z.

1.3.3.3. Investigaciones realizadas

La investigación efectuada en el año 2011 titulada “Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería” realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias del Hospital Morales Meseguer en Murcia, España; tuvo como objetivo analizar la relevancia de las variables de tipo individual en el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, así como el potencial efecto de la “dureza” o “personalidad resistente” como factor de protección de dicho proceso y sus consecuencias sobre la salud de los trabajadores. La muestra estuvo constituida por 97 profesionales de enfermería pertenecientes a las unidades de Intensivos y de Urgencias de un Hospital de tercer nivel. Se les aplicaron cuatro instrumentos: un cuestionario elaborado de variables sociodemográficas y laborales, una versión española del Cuestionario de Salud General (GHQ- 28), una adaptación española del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y la Escala de Personalidad Resistente (CPR) del Cuestionario de Desgaste Profesional del Personal de Enfermería (CDPE). Los resultados obtenidos afirman la relación entre la personalidad resistente, el síndrome de burnout y sus consecuencias sobre la

salud y reflejaron una asociación significativa entre dicho patrón funcional de la personalidad y la presencia de síntomas de malestar psíquico en el personal de enfermería. (Ríos Rísquez, Godoy Fernández, & Sánchez-Meca, 2011, pp. 71,76,77)

Otra investigación realizada a médicos residentes del Hospital Pediátrico en México D.F., fue identificar si existe una relación entre la depresión y la ansiedad y las estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos residentes. Se incluyeron en el estudio 112 sujetos. Previo consentimiento de los médicos residentes, se aplicaron los inventarios de depresión y ansiedad de Beck y el de estrategias de afrontamiento. Se identificó depresión en 39.6%, ansiedad en 25.6% y ambas coexistieron en 21.4%. Se encontró asociación entre la ansiedad y el tipo y grado de la residencia. Dos de las subescalas de afrontamiento pasivas se asociaron con depresión y tres de ellas con ansiedad, presencia de síntomas depresivos y ansiosos es frecuente entre los residentes. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son de predominio mixto. El empleo de estrategias de afrontamiento pasivas se asocia con la depresión y ansiedad. (Sepúlveda Vildósola, Romero Guerra, & Jaramillo Villanueva, 2012)

1.3.4. El Burnout y la relación con el apoyo social

1.3.4.1. Definición de apoyo social

A partir de los años 70 del siglo XX, comienza a generarse un gran interés por estudiar las redes sociales y los sistemas de apoyo social, especialmente en las personas que sufren problemas psicosociales. Cobb (1976) define a la red social como la instancia mediadora por la cual se proporciona apoyo emocional, informacional y sentimental.

Abello y Madariaga (1999), definen la red social como “un conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona”. Los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad, constituyen la red social de una persona, es decir, la red social hace referencia a la estructura, vínculos y atributos de las personas con las que el individuo forma relaciones sociales, estos vínculos se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales constituyen un elemento indispensable para la salud y bienestar del individuo.

Una cualidad importante de las redes sociales es que son personas emocionalmente significativas para el individuo y son quienes brindan apoyo social en problemáticas a las que se enfrenta el individuo, logrando reducir el estrés, mejorar la salud y atenuar el estrés laboral (Orcasita Pineda & Uribe Rodríguez, 2010, p. 70).

Hofboll y Strokes en 1988 (como se citó en Durá & Garcés, 1991) ofrecen una interpretación amplia e integradora del concepto de apoyo social definiéndolo como “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada” (p. 258).

1.3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social

Por lo que se refiere a los *modelos explicativos*, podemos distinguir en general entre dos modelos:

1. Modelo de efecto principal o efecto directo (Broadhead & Kaplan, 1991).

El primero de ellos considera a las relaciones sociales como un factor principal (*main effect model*) en la creación de bienestar en los individuos. Este efecto tiene dos razones primero la adopción de conductas saludables por el hecho de pertenecer y participar en una red social, y la segunda, el efecto positivo del sentido de pertenencia a un grupo o red, proporcionando al mismo tiempo seguridad y estabilidad. (Molina, Fernandez, Llopis, & McCarty, 2008, p. 63)

2. Modelo de efecto protector o efecto amortiguador (Cobb, 1976; Cohen & McKay, 1987)

El segundo modelo expone un efecto amortiguador (*stress-buffering model*) del apoyo social, que trabajaría modificando las respuestas negativas frente a un suceso estresante, proporcionando recursos y permitiendo una revaloración del evento y una efectiva adaptación (Molina, Fernandez, Llopis, & McCarty, 2008).

1.3.4.3. Tipos de Apoyo Social

Caplan (1974), “distingue entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido. El primero se refiere a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede acudir en caso de necesitarlos. El segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. De esta manera la transacción puede ser objetiva (apoyo real recibido) o subjetiva (apoyo percibido)” (pp. 8-35)

1.3.4.3.1. Apoyo Social Percibido (En el área funcional):

El Apoyo Social se construye a partir de tres elementos principales (Cobb, 1976; House, 1981; Gottlieb, 1983):

- *recursos emocionales* (muestras de empatía, amor y confianza),
- *recursos instrumentales* (conductas dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora)
- *recursos informativos* (recibir información útil para afrontar un problema).

1.3.4.3.2. Apoyo Social Estructural

La red social, en el área estructural, puede explicarse como “los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos según criterios definidos, como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento”(Pérez, 1999), siendo sus características más relevantes el tamaño, fuerza de los vínculos, densidad, homogeneidad y dispersión.

Se proponen como indicadores más significativos del *Apoyo Social estructural* los estrechos contactos con familiares y amigos cercanos y *de Apoyo Social funcional* el sentido de pertenencia, el apoyo emocional y el apoyo tangible (Martine, Schultz y Newsom, 1999).

1.3.4.4. Investigaciones realizadas

Una investigación realizada sobre la influencia del apoyo social en el burnout y la satisfacción laboral en el trabajo. Analizaron la relación que el apoyo social en el trabajo ejerce en la reducción de los niveles de burnout, así como en el aumento de la satisfacción laboral. Se partió de la hipótesis que el apoyo social constituye una variable que reduce los efectos negativos del burnout, lo cual aumentaría la satisfacción laboral. La investigación se basó en los resultados obtenidos a través

de las respuestas de 107 cuestionarios cumplimentados por trabajadores sociales de la provincia de Málaga, España. Los resultados apuntaron en la dirección indicada puesto que a mayor apoyo social percibido, la satisfacción laboral aumenta, reduciéndose así los efectos negativos del burnout. (Cosano & Hombrados, 2014)

Otro estudio realizado en 2009 en la ciudad de Concepción, Chile; tuvo como objetivos identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes presenta estrés laboral crónico o burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional y finalmente el estudio confirmó una estrecha relación entre el apoyo social y las variables del Burnout, dando como conclusiones que a más apoyo social que reciben los trabajadores de parte de compañeros y supervisores, se minimiza la presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. A más percepción de apoyo recibido de los superiores habría menos despersonalización. (Avendaño, Bustos, Espinoza, Garcia, & Pierart, 2009, pp. 55,65)

Finalmente otro estudio realizado por la universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad de Florida se utilizó un estudio de caso y una encuesta a 360 personas en España y Estados Unidos en donde se demostró cómo el estudio de las redes personales permite aproximarse al apoyo social de una forma integral y como las redes sociales cambian para adaptarse a las nuevas circunstancias, los amigos, la familia, ex-compañeros de trabajo se refuerzan en sus roles de apoyo (Molina, Fernandez, Llopis, & McCarty, 2008, pp. 61,73).

1.3.5. El Burnout y la relación con la personalidad

1.3.5.1. Definición de Personalidad

El DSM-V define los rasgos de personalidad como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales" (American Psychiatric Association, 2015)

Eysenck (1985), psicólogo alemán, realizó varias investigaciones, resaltando por su teoría de la personalidad definiéndola como: "Una organización más o menos

estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina” (p. 9).

1.3.5.2. Tipos de personalidad

Eysenck (1994) (como se citó en Aguilar, Tous, y Pueyo, 1990) se posee un enfoque biopsicosocial, en el que interacción entre factores genéticos y ambientales establecen la conducta. Este autor estableció tres dimensiones independientes de la personalidad: *neuroticismo* (n), *extraversión* (e) y *psicoticismo* (p), lo que recibe el nombre de modelo pen, y cada dimensión posee un extremo contrario.

Estos tres conceptos tipos o dimensiones, tienen la característica de poseer dos extremos: psicoticismo frente a control de los impulsos, extraversión frente a intraversión y neuroticismo frente a estabilidad.

1. Neuroticismo/ estabilidad emocional
2. Psicoticismo/control de los impulsos
3. Extraversión/introversión

1.3.5.3. Patrones de conducta

- a) Tipo neuroticismo.- Se caracteriza por ser una persona ansiosa, tímida, tenso, emotivo preocupada, con humor variable y habitualmente deprimido. Puede tener asociado desordenes psicosomáticos como trastornos del sueño. Es inmaduro a nivel emocional, por lo que tiende a ser impulsivo, incluso a veces irracional, rígido, provocando dificultad para una establecer relaciones sociales y con dificultad para volver a un estado basal. A este sujeto se lo cataloga “preocupado”; ya que su principal peculiaridad es una constante inquietud acerca de cosas y trabajos que pueden resultar mal, sumado a una intensa obstinación emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos. (IES Ria del Carmen, Gobierno de Cantabria, 2010)

- b) Tipo psicoticismo. Se caracterizan por ser personas solitarias, insensibles, antisociales, cruel, inhumano, no empático, egocéntrico, disfruta de burlarse de los demás, no posee ningún tipo de relación con sus pares ya que es hostil y agresivo incluso con los más íntimos y amados. Son personas inmaduras, insensatos, que no siguen normas, ni respeta la autoridad recibida. Disfruta de actividades sexuales aberrantes, deportes agresivos. Una alta puntuación en Psicoticismo, observamos en individuos psicópatas, psicóticos, criminales, drogadictos (IES Ria del Carmen, Gobierno de Cantabria, 2010).
- c) Tipo extraversión.- El sujeto alto en Extraversión es sociable, desinhibido, optimista, impulsivo, arriesgado, aventurero, bromista, despreocupado. Prefiere estar moviéndose y haciendo cosas. Por lo contrario, un sujeto bajo en extraversión, (Introvertido) es retraído, introspectivo, persistente, reservado, disfruta de actividades culturales, tiene ser distante ante las personas extrañas a excepción con los amigos íntimos. Suele ser previsor y desconfía de los impulsos del momento. Es algo melancólico tiene tendencia a padecer síntomas de ansiedad y depresión, junto a sentimientos de minusvalía. Posee niveles de aspiración altos y frecuentemente es infravalorado por sus pares. (IES Ria del Carmen, Gobierno de Cantabria, 2010)

1.3.5.4. Locus de control

Entre las variable predictores del burnout, está comprendido el término locus de control. Antes de establecer una definición sobre que es el locus de control, es necesario comprender su etimología, locus, proviene del latín que significa sitio, por lo que su traducción sería sitio de control. En este sentido McIntyre 1984, Wilson y Chiwakata 1989, Buendia 1998, establecieron el término locus de control, como una variable de tipo intrapersonal o de personalidad (Medina Mojena, 2002, págs. 31,32).

Rotter 1974, estableció que el locus de control, comprende el grado en que los sujetos piensan que tiene el control sobre lo que les acontece en sus vidas, se catalogaría como locus de control interno; en contraposición el grado en que cree que son víctimas de la suerte y circunstancias externas será locus de control externo. (Medina Mojena, 2002, págs. 31,32)

Rotter comprobó que las personas con un buen locus interno afirman, que les resulta difícil pensar que la suerte juegue un papel importante en el rol de sus vidas, no es así en cuanto a personas con locus externo, que afirman que sienten que muchas veces tiene poca influencia en las cosas que les acontecen. (Medina Mojena, 2002, págs. 31,32)

Levenson 1973, a partir de estas definiciones establece una teoría de la multidimensionalidad, conocida como la IPC (1981), la cual establece tres dimensiones (Medina Mojena, 2002, pp. 31,32):

1. Locus de control interno: Cuando realizo un plan, tengo la certeza que voy a trabajar en él.
2. Locus de control externo mediado por otros poderosos: El sujeto afirma que sus planes de trabajo, están sujetos a los deseos y opiniones de las personas con más poder sobre él.
3. Locus de control externo mediado por la suerte: La persona sostiene que está influenciado por la buena o mala suerte.

Revicki y May 1983, McIntyre 1984, Wilson y Chiwakata 1989, realizaron varios estudios donde se establece que personas con inclinación a padecer burnout, posee un locus de control externo alto. Es así que cuando menos control de una situación piensa tener un sujeto, existen mayores probabilidades de que este padeciera síndrome de burnout. (Medina Mojena, 2002, págs. 31,32)

1.3.5.5. Investigaciones Realizadas

Se realizó un estudio en el Ecuador a personal técnico y administrativo de una Institución pública con la finalidad de investigar la relación que puede existir entre la personalidad y el síndrome de Burnout. Esta relación se la desarrollo a partir de las dimensiones de personalidad propuestas por Eysenck en su Inventario de Personalidad Forma B – para adultos y los aspectos del Síndrome de Burnout considerados por Maslach en su Cuestionario de Burnout. En la investigación se demostró que una personalidad melancólica tiene una correlación positiva con el cansancio emocional, mientras que la personalidad de tipo sanguíneo tuvo una correlación negativa con el cansancio emocional. En el estudio desarrollado se demuestro también que los funcionarios con personalidad colérica tienen una relación positiva con el factor despersonalización de síndrome de Burnout y se reveló que los individuos con personalidad sanguínea

(extrovertido - estable) tienen relación positiva con realización personal y negativa con cansancio emocional y despersonalización. (Martínez Zambrano, 2015, pp. 43-45).

Maslach, la creadora del MBI llevó a cabo un estudio junto a Schaufeli y Leiter (2001) pretendiendo identificar los factores de riesgo del síndrome ligados a los rasgos de personalidad. Siguiendo esta línea de investigación, Ghorpadem, Lackritz, y Singh (2007) llevaron a cabo un análisis regresivo en las respuestas de 265 docentes universitarios al MBI y al Big Five mini test, identificando que el agotamiento emocional se relaciona negativamente con la extraversión y positiva con la apertura a la experiencia; por su parte, la despersonalización se relaciona de manera negativa con la amabilidad y el neuroticismo. Finalmente la realización personal posee una asociación positiva con la extraversión, responsabilidad, amabilidad y bajo puntaje en neuroticismo. (Roth & Pinto, 2010)

Por su parte, Bencomo, Paz y Liebste (2005) realizaron una investigación en un grupo conformado por 115 profesionales en enfermería del Hospital Universitario en Maracaibo aplicaron la escala MBI el MMPI-2 para establecer rasgos psicopatológicos, y por otro lado el NR-18 y el NORMAL ALTA, ambos para definir el grado de ajuste psicológico. Los resultados les permitió concluir que las personas con alto puntaje de burnout presentaron los siguientes rasgos de personalidad: sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás, dificultad para establecer contactos sociales y bajo ajuste psicológico. Aquellas personas con bajo nivel de burnout emocional presentaron otras características de personalidad como: optimismo, perspectiva realista ante acontecimientos, capacidad para establecer contactos interpersonales y alto ajuste psicológico. La conclusión más importante de estos investigadores es que el síndrome de burnout no se relaciona con una personalidad tipo, sino, que se trata de rasgos de personalidad que se encuentran asociados con la capacidad de ajuste psicológico. (Roth & Pinto, Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz, 2010)

De esta manera, se interpreta como lo subrayan los dos primeros estudios que el tipo de personalidad extrovertida, juega un papel protector en la aparición de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, mientras el último estudio indica que el síndrome de burnout no se relaciona tanto con un

tipo de personalidad, sino más con rasgos de esta, como la desconfianza, falta de sociabilización, inestabilidad emocional, entre otros.

**CAPITULO 2.
METODOLOGIA**

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General:

Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca.

2.1.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas del personal de salud del Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca.
2. Determinar el malestar emocional en el personal de salud del Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca.
3. Conocer las estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud en el Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca.
4. Identificar el apoyo social procedente de la red social en el personal de salud del Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca
5. Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales del Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca, los cuales sean identificados con el burnout.

2.1.3. Preguntas de Investigación

- a) ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los trabajadores del Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca?
- b) ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el burnout?
- c) ¿El estado de apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?
- d) ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?
- e) ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

2.2. Diseño de Investigación

En el estudio realizado, se aplicó una investigación de tipo transversal, descriptiva, cuantitativa; relacionando los diferentes factores de riesgo con el fenómeno estudiado en un tiempo determinado, estableciendo posibles causas para el desarrollo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud.

2.3. Contexto

La investigación se desarrolló en un hospital de salud pública, ubicado en el sector sureste de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, contando con la debida aceptación de la dirección académica para realizar el estudio. Cabe destacar que la institución de salud es un hospital de tercer nivel, por lo que constituye uno de los pocos centros de referencia pública del austro ecuatoriano, disponiendo de servicios en todas las especialidades y sobresaliendo por ser el único en la provincia del Azuay que realiza procedimientos como trasplante renal, trombolisis cerebral y cirugía de corazón abierto.

2.4. Participantes

Con el fin de aplicar los cuestionarios, se utilizó una muestra de accesibilidad de acuerdo a la disponibilidad de los individuos, participando voluntariamente en el estudio 30 profesionales que trabajan en las áreas de servicios de cirugía y hospitalización del Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, el estudio incluyó dos categorías profesionales: 15 médicos y 15 enfermeras.

2.5. Criterios de inclusión y exclusión

2.5.1. Criterios de inclusión

- a)** Estar titulado como profesional para la medicina o enfermería
- b)** Tener dos de experiencia como mínimo
- c)** Que se encuentre en situación activa.

2.5.2. Criterios de exclusión:

- a)** No dar el consentimiento para la participación en el estudio.
- b)** No encontrarse en la institución.

2.6. Muestra Seleccionada

La muestra objeto de investigación fueron 15 médicos y 15 enfermeras que laboran en las áreas de cirugía y hospitalización del Hospital de Salud Pública, ubicado en el sector sureste de la Ciudad de Cuenca.

2.7. Métodos y técnicas e instrumentos de investigación

En la presente investigación se utilizó la investigación de campo, mediante la cual se recolectó información de forma indirecta en el lugar donde se produce el fenómeno a ser investigado. Al obtener los datos de manera directa, se garantiza su validez y confiabilidad, permitiendo llegar al conocimiento de los problemas reales del contexto.

Se realizó la aplicación de cuestionarios, los cuales nos permitieron vincularnos al grupo de trabajo para recabar la información. Adicional se realizó la investigación en bibliotecas virtuales para desarrollar el marco teórico, así como el análisis documental, mediante la recolección de datos de fuentes secundarias como libros, boletines, revistas, folletos, etc.

2.7.1. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos fueron seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación, los mismos que detallo a continuación y que fueron aplicados en el orden que se presentan.

Los instrumentos de la investigación se manejaron con total responsabilidad y ética profesional. Fueron aplicados con rigurosidad metodológica, siendo imprescindible obtener datos necesarios para luego hacer una descripción de la realidad encontrada.

- 1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral.-** Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación, por el departamento de investigación de la carrera de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, teniendo como finalidad, recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo, entre otros que fueron de utilidad en esta investigación.

- 2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).**- Es un instrumento que se utilizó para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral (como se citó en Hederich y Caballero, 2016).

La escala **MBI** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:

- i. Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- ii. Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- iii. Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

- 3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).**-, (como se citó en García V, 1999). El GHQ-28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970), es un cuestionario auto administrado, en el que, el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general. Consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental de los encuestados, para determinar, si se encuentran “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro subescalas que son:

- a. Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- b. Ansiedad e insomnio: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- c. Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- d. Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

4. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping, utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española, la cual la utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son (como se citó en Morán, Landero, & González , 2010):

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.

- Humor: hacer burlas y reírse de la situación estresante.

5. Cuestionario MOS de apoyo social.- Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un cuestionario auto - administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

- a. Apoyo emocional: Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- b. Apoyo material o instrumental: Contar con ayuda doméstica.
- c. Relaciones sociales de ocio y distracción: Incluye contar con otras personas para comunicarse.
- d. Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

Además de investigar las dimensiones de apoyo básico antes mencionadas, también brinda la posibilidad de obtener un índice global de apoyo social del individuo (como se citó en Revilla, Luna del Castillo, Bailón, & Medina, 2005).

6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.- “La construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta; tales son el cognoscitivo, el conativo, el afectivo y el constitucional” (Eysenck 1981). Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores (como se citó en Sandin, Valiente, Chorot, Olmedo, & Santed, 2002):

1. Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si es sujeto es neurótico o estable.
2. Extraversión: Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto a la cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.

3. Psicoticismo: El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
4. Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

2.7.2. Procedimiento

Para la recolección de datos se realizó el trámite correspondiente que se detalla a continuación:

- Presentación de la solicitud y protocolo al coordinador general de investigación de la institución de salud, ya que el hospital también acoge a estudiantes de medicina para el año de internado, así como postgradistas de especialidades médicas.
- Autorización del departamento de docencia e investigación, para la realización del estudio.
- Reunión con jefaturas médicas y de enfermería para presentar el objeto de estudio y designar las áreas donde se puede realizar la investigación.
- Visita a los servicios de cirugía y hospitalización para informar a médicos y enfermeras sobre la investigación y obtener el consentimiento informado.
- Aplicación voluntaria y aplicación de los cuestionarios
- También se indicó a los participantes que los datos que aportan, facilitará la información necesaria para describir la realidad encontrada
- Los datos recolectados se tabularon y se procesaron mediante matrices dinámicas en formato de Excel con puntos de corte, diseñadas por el departamento de investigación de la carrera de psicología de la UTP, y establecidas para cada uno de los instrumentos aplicados.
- Las matrices permitieron transformar los datos recolectados en numéricos, los cuales se representaron en tablas estadísticas, para de esta forma llegar a describir resultados relevantes y obtener conclusiones.

2.7.3. Recursos

a) Humanos:

- a) Directora del trabajo de titulación.
- b) Tesista.
- c) Coordinador general de investigación de la institución de salud.
- d) Coordinador general de cirugía de la Institución de Salud.

- e) Coordinador general de hospitalización de la Institución de Salud.
- f) Coordinadora general de enfermería de la Institución de Salud.
- g) Personal de salud del hospital: 15 médicos y 15 enfermeras que laboren en servicios de cirugía y hospitalización.

b) Materiales:

- Copias de los Cuestionarios para la aplicación
- Sobres en donde se entregaron los cuestionarios a cada participante
- Esferos
- Matrices de Excel

c) Institucionales

- Hospital de salud pública, ubicado al sureste de la ciudad de Cuenca.
- Servicios de cirugía y hospitalización
- Carnet de identificación para permitir el ingreso a diversas áreas del hospital.

d) Económicos

Tabla No.1 Presupuesto de la Investigación

Concepto	Valor
Transporte	20
Copias	30
Carpeta	5
Sobres	5
Esferos	10
Internet	12
Total	82

Elaborado por: Ma. Elizabeth Alvarado

CAPITULO 3
ANALISIS DE DATOS

2.8. Resultados Obtenidos, Análisis e Interpretación

2.8.1. Características Sociodemográficas de los profesionales de la Salud

El estudio realizado en el Hospital Público, ubicado al sureste de la Ciudad de Cuenca, tuvo como participantes a 15 médicos y 15 enfermeras de las áreas de cirugía y hospitalización, aplicando en primer lugar el cuestionario sociodemográfico.

El perfil de los profesionales médicos estudiados, se caracteriza, por ser un trabajador de etnia mestiza (100%), con una edad promedio de 35.5 años ($DT=10$), siendo el más joven de 27 años y el mayor de 63 años; prevaleciendo en los profesionales de medicina el sexo masculino (53.3%) mientras tanto las profesionales mujeres estarían representadas en un 46.7%.

En los datos recopilados prevalece el estado civil “casado” representados con el 53.3% de la muestra, con un máximo de 3 hijos y un promedio de 1. Estos datos obtenidos, se confirman con los datos de INEC en el censo del 2010, donde se afirma que, “en las cuatro diferentes regiones del Ecuador, existe mayor concentración de hogares conformados por un núcleo conyugal e hijos representados con el 50% de la población”. (INEC, 2010)

En cuanto al perfil profesional de las enfermeras, el 100% de la muestra está representada por mujeres, de las cuales el 93.3% está constituida por etnia mestiza, y el promedio de edad en la que se encuentran es de 37.5 años ($DT=11$) donde la más joven tiene 23 y la mayor 59 años. El hogar de las enfermeras está representado con el 40% con estado civil casado y otro 40% son solteras, con el promedio de 1 hijo por familia.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	8.0	53.3	0.0	0.0
Mujer	7.0	46.7	15.0	100.0
Edad				
<i>M</i>	35.5		37.5	
<i>DT</i>	10.0		11.0	
Max	63.0		59.0	
Min	27.0		23.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.1		1.6	
<i>DT</i>	1.1		1.3	
Intervalo	3.0		4.0	
	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	15.0	100.0	14.0	93.3
Blanco/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/	0.0	0.0	1.0	6.7
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	6.0	40.0	6.0	40.0
Casado/a	8.0	53.3	6.0	40.0
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	1.0	6.7	0.0	0.0
Unión libre	0.0	0.0	3.0	20.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: María Elizabeth Alvarado

2.8.2. Características laborales de los profesionales de la salud

Este apartado ayuda a comprender qué condiciones de trabajo rodean a los profesionales de la salud. La remuneración mensual de médicos y enfermeras varía debido a los años de experiencia, especialidad obtenida y cargo que desempeña, por lo que su distribución es asimétrica, pudiendo variar sus ingresos desde los 1000 hasta los 6000 dólares mensuales.

a) Personal médico

Según fuente del INEC, el promedio de ingresos mensuales en el Ecuador, es de 893 dólares, el decíl 1(menos ingresos) percibe en promedio \$305 dólares, mientras el decíl 10 (mayores ingresos) percibe \$2.459 o más (INEC, 2011-2012).

Con respecto a la muestra, podemos observar que el 64.3% del personal médico se ubica en el décimo decíl, y dentro de este marco de análisis el 73.3% de los profesionales médicos trabajan solo en el Hospital Público objeto de estudio, mientras el 26.7% trabajan también en Instituciones de salud privadas, obteniendo mayores ingresos mensuales, manifestando satisfacción con respecto a su situación económica.

La Institución Pública de salud, dispone de médicos con 30 años de experiencia ($M=de$ 7.2 años) de los cuales el 66.7% de médicos, tiene un cargo establecido, es decir, gozan de contrato fijo o nombramiento, siendo la mayoría especialistas; lo que contrasta con un 26.7 % de médicos que tienen contratos ocasionales por estar recién graduados, o que ocupan cargos de residente y están en formación continua, careciendo de especialidad y no pudiendo acceder a una estabilidad laboral. El promedio de pacientes es de 14.5, con un máximo de 40 pacientes en los días que realizan turnos rotativos.

b) Personal de enfermería

Referente al análisis de las características laborales en el personal de enfermería. A partir de septiembre de 2015, el Ministerio de Salud pública elevó los salarios a 3.855 enfermeras del país, de un salario mínimo que era \$986 dólares, pasó a ser de \$1.212 dólares, mientras los ingresos de enfermeras especialista o coordinadoras, pasaron también de un mínimo de \$1676 a 2.034 dólares. Esta breve introducción tiene relación con el análisis estadístico de la muestra, la cual manifiesta que el 86.7% presta sus servicios únicamente en la Institución pública con un promedio de 11.9 años de experiencia ($DT=11.0$), y un máximo de 36 años, atendiendo por día, un promedio de 13.6 pacientes (máximo de 35 pacientes), destacando también que el 73.3% trabajan con nombramiento y este mismo porcentaje obtienen ingresos entre \$1.000 y 2.000 dólares. Siendo evidente que los años de experiencia, el cargo que ocupan, tiempo de trabajo en la Institución de salud, suelen ser factores que determinan el valor de la remuneración.

Finalmente con respecto a la variable “Recursos Institucionales” la cual hace alusión a las condiciones de trabajo que rodean a los trabajadores de la salud, la mayoría de los empleados (66.7% médicos y 60% enfermeras) perciben que el lugar donde trabajan, no provee de los recursos necesarios, siendo insuficientes

para brindar una adecuada atención a los pacientes, lo cual impide también el cumplimiento de las metas laborales.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	1.0	7.1	4.0	26.7
1001 a 2000	4.0	28.6	11.0	73.3
2001 a 3000	7.0	50.0	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	2.0	14.3	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	7.2		11.9	
<i>DT</i>	7.2		11.0	
Max	30.0		36.0	
Min	1.0		3.0	
Sector en el que trabaja				
Público	11.0	73.3	13.0	86.7
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	4.0	26.7	2.0	13.3
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	2.0	13.3
Ocasional	4.0	26.7	1.0	6.7
Plazo fijo	6.0	40.0	1.0	6.7
Nombramier	4.0	26.7	11.0	73.3
Servicios pro	1.0	6.7	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	14.5		13.6	
<i>DT</i>	9.5		8.5	
Max	40.0		35.0	
Min	4.0		6.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	3.0	20.0	5.0	33.3
Mediadamer	10.0	66.7	9.0	60.0
Poco	2.0	13.3	1.0	6.7
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: María Elizabeth Alvarado

2.8.3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud

En el análisis del clima laboral, hay múltiples variables que se observan en la tabla 3 (médicos) y tabla 4 (enfermeras), las cuales influyen en el comportamiento y actitud de los profesionales, frente a sus compañeros, a los pacientes y a la Institución.

Como resultado global de la encuesta realizada, se determina que tanto los médicos como enfermeras, perciben un clima laboral favorable, debido a que en la muestra las escalas cualitativas ordinales de “bastante” y “totalmente” obtienen porcentajes altos de aceptación, por encima del 65%.

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

VARIABLES	Médicos/as								
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Percepción de valoración									
Pacientes	0.0	0.0	4.0	26.7	7.0	46.7	4.0	26.7	
Familiares de pacientes	0.0	0.0	3.0	20.0	8.0	53.3	4.0	26.7	
Compañeros de profesión	0.0	0.0	3.0	20.0	8.0	53.3	4.0	26.7	
Directivos de la institución	0.0	0.0	4.0	26.7	8.0	53.3	3.0	20.0	
Satisfacción laboral									
Con el trabajo que realiza	0.0	0.0	3.0	20.0	6.0	40.0	6.0	40.0	
Interacción con los pacientes	0.0	0.0	0.0	0.0	9.0	60.0	6.0	40.0	
Apoyo directivos de la institución	0.0	0.0	5.0	33.3	9.0	60.0	1.0	6.7	
Colaboración compañeros de trabajo	0.0	0.0	3.0	20.0	8.0	53.3	4.0	26.7	
Experiencia laboral	0.0	0.0	2.0	13.3	9.0	60.0	4.0	26.7	
Situación económica	1.0	6.7	4.0	26.7	7.0	46.7	3.0	20.0	

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Maria Elizabeth Alvarado

Los resultados obtenidos de la muestra, con respecto a la variable “percepción de valoración” indican que los médicos y enfermeras, se sienten altamente apreciados por parte de pacientes, familiares, compañeros y directores de la Institución de salud, obteniendo porcentajes por encima del 60%, debido a que los directivos han implementado estrategias para mejorar la comunicación y obtener un personal comprometido con la Institución de Salud, consolidando esfuerzos para brindar una atención oportuna, orientada a la satisfacción de necesidades en los pacientes.

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

VARIABLES	Enfermeros/as							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Percepción de valoración								
Pacientes	1.0	6.7	1.0	6.7	9.0	60.0	4.0	26.7
Familiares de pacientes	1.0	6.7	1.0	6.7	11.0	73.3	2.0	13.3
Compañeros de profesión	0.0	0.0	3.0	20.0	11.0	73.3	1.0	6.7
Directivos de la institución	1.0	6.7	2.0	13.3	10.0	66.7	2.0	13.3
Satisfacción laboral								
Con el trabajo que realiza	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	26.7	11.0	73.3
Interacción con los pacientes	0.0	0.0	0.0	0.0	7.0	46.7	8.0	53.3
Apoyo directivos de la institución	0.0	0.0	5.0	33.3	7.0	46.7	3.0	20.0
Colaboración compañeros de trabajo	0.0	0.0	4.0	26.7	8.0	53.3	3.0	20.0
Experiencia laboral	0.0	0.0	3.0	20.0	5.0	33.3	7.0	46.7
Situación económica	1.0	6.7	3.0	20.0	7.0	46.7	4.0	26.7

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Maria Elizabeth Alvarado

En lo referente a la variable “satisfacción laboral”, el 80% de la muestra en la investigación realizada entre personal médico y enfermeras, tienen un alto nivel de aceptación del ambiente donde se desempeñan. La mayoría de los encuestados se encuentran complacidos con el trabajo que realizan, satisfechos en la interacción con pacientes, perciben de parte de sus compañeros y directivos, sentimientos de apoyo, confianza y respeto; estando conformes con la experiencia laboral adquirida y la situación económica de la que gozan actualmente.

Estos resultados positivos, podemos decir, son producto de un proyecto ejecutado por el Gobierno del Ecuador, implementando la evaluación del clima laboral como una política de Estado, es así que la Constitución establece en su artículo 33 que “El Estado garantizará un trabajo saludable”. De igual manera, en el año 2015, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, inició un estudio para mejorar el clima laboral de las entidades públicas, dentro de un proceso de cambio hasta llegar a la excelencia, exponiendo que cuando existe un buen ambiente en el trabajo, todos los procesos mejoran, caso contrario se debilitan. La elaboración de esta herramienta de evaluación para los servidores estatales, tiene consecuencias en la atención a la ciudadanía, resultando un beneficio en la entrega de un servicio más satisfactorio.

2.8.4. Análisis de Resultados del cuestionario MBI

Con respecto a la aplicación del Cuestionario MBI para conocer si los profesionales médicos y enfermeras, sufren del síndrome de Burnout, el criterio que se eligió en este estudio es que todas las dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización) deben tener puntuaciones altas, mientras la realización personal, debe tener puntuaciones bajas.

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

Variable	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Agotamiento emocional				
Bajo	5.0	33.3	5.0	33.3
Medio	4.0	26.7	5.0	33.3
Alto	6.0	40.0	5.0	33.3
Despersonalización				
Bajo	6.0	40.0	3.0	20.0
Medio	4.0	26.7	6.0	40.0
Alto	5.0	33.3	6.0	40.0
Realización personal				
Bajo	6.0	40.0	3.0	20.0
Medio	2.0	13.3	2.0	13.3
Alto	7.0	46.7	10.0	66.7

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Ma. Elizabeth Alvarado

En primer lugar, se analizan las tres dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, con el objetivo de describir la distribución muestral y específica de cada una de ellas.

En la muestra se observa que la puntuación más alta en médicos corresponde a la dimensión realización personal en el trabajo (46.7%) y agotamiento emocional (40%) mientras que los porcentajes más bajos se concentran en la dimensión despersonalización (33.3%)

En lo que respecta al personal de enfermería, la puntuación más alta corresponde a la dimensión de realización personal (66.7%) seguida de despersonalización (40%), mientras el porcentajes de agotamiento emocional (33.3%) se distribuye de una manera más uniforme entre los tres niveles alto, medio y bajo.

En concreto, se encuentran diferencias en la dimensión cansancio emocional entre médicos (40%) y enfermeras (33.3%) alcanzado un mayor porcentaje los médicos, por lo tanto, estos profesionales son los que se encuentran más cansados emocionalmente.

En relación a la despersonalización, las enfermeras (40%) alcanzan un porcentaje mayor que los médicos (33.3%), mostrando actitudes apáticas en la atención a los pacientes.

No obstante, en lo referente a la realización personal, el porcentaje que destaca corresponde al personal de enfermería (66.7%) en comparación con los médicos que alcanza el 46.7%, demostrando el personal de enfermería más satisfecho con metas personales establecidas.

A nivel teórico, cuanto mayor sea la puntuación alcanzada en cansancio emocional y despersonalización, mayor es la intensidad del síndrome, mientras que en la dimensión de realización personal en el trabajo, el criterio se invierte, es decir, puntuaciones bajas son las que apuntan hacia un mayor síndrome. Por lo tanto, en la muestra estudiada (médicos y enfermeras) al combinar los datos de las tres dimensiones, se observa que ninguno de los participantes cumplió con todas las condiciones para tener el síndrome de burnout, por lo tanto la puntuación total del MBI, ubica al 100% de los participantes en la categoría sin burnout.

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

Variable	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Burnout				
Caso	0.0	0.0	0.0	0.0
No caso	15.0	100.0	15.0	100.0

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Ma. Elizabeth Alvarado

2.8.5. Resultados del cuestionario de salud general (GHQ-28)

Con respecto al estudio de la salud auto percibida, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Se puede evidenciar que en la muestra, tanto en médicos como enfermeras, existe igual proporción de síntomas somáticos (66.7%) siendo la cefalea el síntoma más prevalente.

En lo que respecta a la variable ansiedad, las enfermeras (80%) presentan mayor proporción, en comparación con los médicos (66.7%), encontrando iguales síntomas ansiosos de agobio y tensión como sus síntomas más frecuentes, seguido de insomnio.

Acerca de la variable disfunción social, el 86.7% de los médicos encuestados, no la padece y en el caso del personal de enfermería muestra un porcentaje nulo, relacionándose con la alta satisfacción laboral que se observa en la tabla 3.

Referente a la última variable depresión, se observa una tendencia mayor de padecerla en el personal médico (13.3%) frente al personal de enfermería (6.7%).

En cuanto a la salud física y mental de los profesionales de salud, se ha podido observar que tanto en médicos como en enfermeras, existe una mayor tendencia a padecer síntomas somáticos y de ansiedad como producto de las preocupaciones propias de su rol al tener bajo su responsabilidad pacientes con riesgo vital, influyendo también la carga laboral que excede las 40 horas semanales de trabajo, y las actividades extra laborales (preocupaciones familiares, hijos, etc.).

Tabla7. Malestar emocional de los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermero/a	
	n	%	n	%
Síntomas somáticos				
Caso	10.0	66.7	10.0	66.7
No caso	5.0	33.3	5.0	33.3
Ansiedad				
Caso	10.0	66.7	12.0	80.0
No caso	5.0	33.3	3.0	20.0
Disfunción social				
Caso	2.0	13.3	0.0	0.0
No caso	13.0	86.7	15.0	100.0
Depresión				
Caso	2.0	13.3	1.0	6.7
No caso	13.0	86.7	14.0	93.3

Fuente.: Cuestionario de salud general (GHQ-28)

Elaborado por: Ma. Elizabeth Alvarado.

2.8.6. Análisis de resultados del cuestionario (BRIEF-COPE)

En la siguiente tabla, se presenta el análisis estadístico de la utilización de estrategias de afrontamiento utilizadas por los 30 participantes (médicos y enfermeras del hospital público de salud de Cuenca, cuando se enfrentan a sucesos estresantes.

En el caso de los médicos, la puntuación más alta obtiene el afrontamiento activo ($M=5.6$). En segundo lugar encontramos como estrategia de afrontamiento a la Aceptación ($M=4.9$), seguido de la planificación y la autculpabilización con una media similar de 4.6.

Mientras que en el caso de las enfermeras, las estrategias de afrontamiento que obtuvieron el promedio más alto fue en primer lugar el replanteamiento positivo ($M=5.3$), en segundo lugar la religión ($M=5.3$), seguido de la planificación ($M=5.3$), y por último el afrontamiento activo ($M=5.0$).

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

Variables	Médicos				Enfermeros/as				
	M	DT	Max	Min	M	DT	Max	Min	
Auto distracción	4.2	2.4	8.0	2.0	5.0	1.9	8.0	3.0	
Afrontamiento activo	5.6	3.0	8.0	2.0	5.0	1.9	8.0	2.0	
Negación	3.6	2.1	7.0	2.0	3.3	1.2	5.0	2.0	
Uso de sustancias	2.7	1.7	8.0	2.0	2.3	0.9	5.0	2.0	
Uso de apoyo emocional	3.8	2.2	8.0	2.0	3.9	1.0	7.0	2.0	
Uso de apoyo instrumental	4.5	2.5	8.0	2.0	4.7	1.7	7.0	2.0	
Retirada de comportamiento	4.1	2.2	7.0	2.0	4.1	1.4	7.0	2.0	
Desahogo	4.3	2.4	8.0	2.0	3.8	1.2	7.0	2.0	
Replanteamiento positivo	4.4	2.3	6.0	2.0	5.3	1.8	7.0	2.0	
Planificación	4.6	2.5	8.0	2.0	5.3	1.9	7.0	2.0	
Humor	3.9	2.3	8.0	2.0	3.4	1.5	7.0	2.0	
Aceptación	4.9	2.0	8.0	2.0	5.0	1.9	7.0	2.0	
Religión	4.5	2.2	8.0	2.0	5.3	1.8	7.0	3.0	
Culpa de si mismo	4.6	2.4	8.0	2.0	4.1	1.4	7.0	2.0	

Fuente: Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28)

Elaborado por: Ma. Elizabeth Alvarado

2.8.7. Análisis de resultados del cuestionario de apoyo social (MOS)

El objetivo de este cuestionario es medir el apoyo social percibido por los sujetos frente a una situación problemática o de estrés, ya que un menor apoyo social se asocia con niveles mayores de malestar emocional. El Cuestionarios de MOS mide cuatro dimensiones que son el apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social y apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño. Para el análisis de este cuestionario tomaremos las tres dimensiones más representativas que se observa en la tabla 9.

En el análisis descriptivo de la puntuación obtenida por cada ítem, apreciamos que los médicos y enfermeras obtienen mayor apoyo social de expresiones de amor y cariño en donde la media obtenida fue de 74.7% ($DT=23.5$), y 71.7% ($DT=14.8$) respectivamente, esto se vincula con la estructura familiar obteniendo de esta, mayor apoyo afectivo y empatía para superar los estresores de la vida cotidiana.

El médico al ser quien toma la decisión terapéutica del paciente (situación de estrés) tiende a buscar criterios de confianza entre sus colegas, obteniendo el llamado apoyo emocional, el cual se sitúa en el segundo lugar de los resultados obtenidos (72.3%), mientras que las enfermeras en segundo lugar aprecian más el apoyo instrumental ($M=71.3\%$) el cual se refiere a las acciones directas que los demás realizan con la finalidad de ofrecerles ayuda cuando lo necesitan, por ejemplo; en el caso de curaciones, administración de medicamentos, etc.

Tabla 9. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud

Variables	Médicos				Enfermeros/as			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min
Apoyo emocional	72.3	22.4	100.0	32.5	67.2	18.0	92.5	27.5
Apoyo instrumental	65.7	38.3	100.0	20.0	71.3	19.2	95.0	25.0
Amor y cariño	74.7	23.5	100.0	30.0	71.7	14.8	85.0	40.0

Fuente: Cuestionario de apoyo social de Moss

Elaborado por: Ma. Elizabeth Alvarado

2.8.8. Análisis de resultados del cuestionario de personalidad (EPQR)

El perfil de personalidad en los profesionales de la salud que obtiene el promedio más alto entre los encuestados, es el de extroversión, alcanzando en médicos una puntuación promedia de 3.5 sobre 6 y en enfermeras un 4.5 sobre 6.

Este tipo de personalidad extrovertida, actúa como una variable protectora, caracterizándose por ser personas con humor alegre y animado, socialmente estables, empáticos, comunicativos y optimistas.

Tabla 10. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

Variables	Médicos/as				Enfermeros/as			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min
Neuroticismo	2.1	2.2	6.0	0.0	2.3	1.8	6.0	0.0
Extroversión	3.5	2.0	6.0	0.0	4.5	1.4	6.0	1.0
Psicoticismo	1.4	1.3	4.0	0.0	1.7	1.0	3.0	0.0

Fuente: Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

Elaborado por: Ma. Elizabeth Alvarado

2.9. Discusión de los resultados obtenidos

Como se planteó al inicio de la investigación, el objetivo de este estudio fue identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno, dando a conocer que en la muestra investigada ningún profesional de la salud presenta este síndrome debido a que no cumple con las tres dimensiones indispensables para realizar el diagnóstico, sin embargo cabe destacar que en el personal de salud estudiado se evidencia una tendencia a presentar estrés laboral crónico o burnout, aspecto que los convierte en un grupo vulnerable debido a que el personal estudiado exhibe un alto agotamiento emocional, lo que se evidencia en un estudio desarrollado por (Maslach & Leiter, 1988), en donde el agotamiento emocional resulta ser el precursor para el desarrollo del proceso de burnout.

Existen investigaciones realizadas por (Quiroz, et al., 2003) y (Albaladejo, et al., 2004) que señalan, que después de 12 y 15 años de antigüedad laboral respectivamente, puede existir un periodo de sensibilización, a partir del cual el profesional sería especialmente vulnerable a la aparición de este síndrome; con estas aseveraciones y en lo que respecta al personal de salud del presente estudio, quienes tienen un rango promedio de experiencia laboral en médicos es de 7.2 años y en enfermeras 11.9 años, se deduce que el perfil profesional del personal sanitario tiene una tendencia a presentar este síndrome.

Con respecto a los recursos institucionales que provee la institución de salud, el 60% del personal de salud encuestado indicó que se siente satisfecho medianamente con estos; estos datos fueron similares a los encontrados en un estudio realizado por (Mingote y Pérez, 2002) en donde se demostró, que el aspecto laboral que incidió fuertemente en la presencia de las subdimensiones de este síndrome fue la percepción de recursos insuficientes en la unidad en la cual trabajan, es decir, con respecto a la investigación realizada en el personal de salud, la percepción de que los recursos con los cuales se cuenta para desarrollar las actividades diarias dentro de la unidad son insuficientes, estarían influyendo de manera directa en la presencia de cansancio emocional y más intensamente en la presencia de una baja realización profesional.

En relación con las dimensiones del *burnout*, el 40% de los participantes médicos y el 33.3% de enfermeras informaron padecer niveles altos de cansancio emocional. Estas cifras fueron similares a las encontradas en un estudio previo realizados por (Grau et al., 2005) al personal de salud en España, en los cuales, el valor más alto lo obtuvo la

subescala de agotamiento emocional con porcentajes entorno al 41.6% sobre todo los médicos.

Con respecto a la dimensión despersonalización, podemos evidenciar que el 40% del personal de enfermería y el 33.3% en médicos, refirieron padecer altos niveles de esta dimensión, porcentaje que es similar al estudio realizado al personal de salud por (Calvo & Farrerons, 2008) en donde se encontró esta dimensión en el 38.6% de enfermas y Grau et al., 2005 en el 31.7% del personal de médicos, demostrando apatía en la realización de su trabajo.

Por ultimo con respecto a la dimensión realización personal, el 46.7% de los médicos y el 66.7% las enfermeras, indican padecer altos niveles de realización personal, porcentajes similares a los encontrados en un estudio realizado por (Concyteg, 2015) en un organismo de salud quienes en donde el 60.2% sienten que están satisfechos con su realización en el ámbito laboral.

Podemos concluir que estos resultados, no corrobora la teoría de Lee y Ashforth (1993) que considera que la Despersonalización y la baja Realización Personal en el trabajo, son consecuencia directa de los sentimientos de Cansancio Emocional, por consiguiente en el estudio realizado se observó que el Burnout no sigue un orden preestablecido en cuanto a sus dimensiones, siendo estas independientes, y para que se desarrollen depende de la presencia o ausencia de factores internos como externos.

Posteriormente en el estudio realizado, se determinó la aparición de síntomas de malestar psíquico en los profesionales de la salud, siendo los más sobresalientes los síntomas somáticos (66.7% en médicos y enfermeras) y la ansiedad (66.7% en médicos y 80% en enfermeras), datos que son similares a un estudio realizado sobre burnout y salud mental en profesionales docentes por (Marengo & Ávila, 2016), en el cual, sobresalió la sintomatología somática seguido de ansiedad e insomnio.

En la misma línea de investigación, como se evidenció en la muestra, el personal médico obtuvo altos niveles de cansancio emocional, y las enfermeras sobresalían en despersonalización, teniendo relación con el malestar emocional percibido, lo que se demuestra en un estudio realizado por (Bringas, Fernández, Alvarez, Martínez, & Rodríguez, 2015) en donde la aparición de síntomas somáticos estaban influenciados por las dimensiones de cansancio emocional y la baja realización personal; mientras los síntomas de ansiedad e insomnio apuntaron al cansancio emocional y la despersonalización.

Seguidamente, en la muestra se conocieron las estrategias de afrontamiento que el personal de salud encuestado aplica ante situaciones de estrés, siendo las más sobresalientes en el personal médico, las estrategias de afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento activo y planificación), y las estrategias centradas en la emoción (aceptación); mientras en el personal de enfermería, predominan las estrategias centradas en la emoción (replanteamiento positivo y religión) y las estrategia centradas en el problemas (planificación). Datos que se corresponden con un estudio realizado por (Cassaretto, 2011) en el cual, el estilo centrado en el problema fue el utilizado en mayor frecuencia por los participantes, seguidos por el estilo centrado en la emoción.

Por lo tanto se puede deducir que las estrategias de afrontamiento son un factor importante que determina el impacto en la salud mental y física de las personas a la hora de enfrentarse con un estresor crónico, la utilización de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción suelen ayudar a mejorar la situación, pues estas permiten confrontar los problemas sin evitarlos o escapar de ellos.

En cuanto a la identificación de apoyo social percibido en el personal de salud estudiado, la variable apoyo afectivo (expresiones de amor y cariño) es la que predominó por encima del apoyo emocional y apoyo instrumental, datos que también se encontraron en otro estudio realizado por (Arias & Barrón, 2008) en el cual, los participantes manifestaron que el ámbito de donde se obtuvo mayor apoyo es el familiar, seguido del amistoso, y, en último lugar, de compañeros de trabajo. Por lo tanto, el apoyo social con el que cuenta el personal de salud estudiado, resulta ser un factor amortiguador ante la presencia de estresores que predisponen al burnout. Es así que en el estudio realizado por (Avendaño et al., 2009) se concluyó, que a más apoyo social, minimiza la presencia de las dimensiones del burnout.

En este contexto, es importante resaltar que Maslach (2009) estableció que el apoyo social en las personas casadas, es una fortaleza para enfrentar situaciones estresantes; estudio que se relaciona con esta investigación, en la cual la mitad de los profesionales encuestados son casados, teniendo menos probabilidad de sufrir Burnout ya que cuentan con un fuerte vínculo de apoyo social, como es la pareja.

En la investigación realizada, se identificó que el rasgo de personalidad predominante en los profesionales de salud es de tipo extrovertida, la cual se comporta como un factor protector obstaculizando la presencia de altos niveles de burnout, esta aseveración se valida con estudios de Fontana y Abouserie (1993), quienes encontraron una correlación positiva entre altos niveles de estrés con psicoticismo y neuroticismo; y una correlación

negativa entre estrés laboral y extraversión. En este sentido, entendemos que la personalidad extrovertida puede ser un factor protector para la salud debido a atributos que generan emociones positivas y fortalecen el bienestar psicológico de los individuos.

CONCLUSIONES

En cuanto a las características sociodemográficas del personal de salud estudiado se concluye que el perfil de los médicos tiene una edad promedio de 35.5 años, de raza mestiza y representados en su mayoría por el sexo masculino, sobresaliendo el estado civil casado con el promedio de 1 hijo por familia; con respecto a las características laborales, los médicos cuentan con experiencia profesional promedio de 7.2 años, la mayoría trabajan solamente en el hospital público objeto de estudio y gozan de contrato fijo y nombramiento, del cual obtienen ingresos mensuales entre 2.000 a 3.000 dólares, el promedio de pacientes que atienden por día es de 14.5 y refieren recibir medianamente recursos institucionales para la realización de su trabajo.

Mientras que el personal de enfermería tiene una edad promedio de 37.5 años, de raza mestiza, constituida en su totalidad por el sexo femenino, de estado civil casado y soltero, y promedio de 1 hijo por familia. Cuentan con experiencia laboral promedio de 11.9 años, la mayoría presta sus servicios solamente en el hospital público objeto de estudio y en su mayoría gozan de nombramiento, atienden un promedio de 13.6 pacientes por día y también refieren que la institución de salud provee medianamente los recursos necesarios para la realización de sus actividades laborales.

Con respecto a la identificación de burnout en el personal de salud, al no cumplirse las tres características o dimensiones del MBI, no se diagnosticaron casos, sin embargo, el personal de salud tiene una alta proclividad de padecerlo, debido a que sobresale una alta presencia agotamiento emocional en médicos, y alta despersonalización en enfermeras.

Con respecto al estado de salud mental, se identificaron casos de médicos y enfermeras con alto índice de síntomas somáticos y ansiosos, enfermedades que se relacionan con el cansancio emocional en médicos y poca afectividad o despersonalización en enfermeras.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales de la salud ante situaciones adversas, podemos manifestar que ambos grupos utilizan modos de afrontamiento centrado en el problema y centrado en las emociones, en el caso de médicos utilizan más el afrontamiento activo y en el caso de enfermeras manejan el replanteamiento positivo, los cuales se consideran técnicas adecuadas y factores protectores para enfrentar el estrés laboral y minimizan el surgimiento del Síndrome de Burnout.

Acerca del apoyo social percibido por el personal de salud estudiado, se observa que los médicos y enfermeras consiguen mayor apoyo social de expresiones de amor y cariño, relacionándose con un fuerte vínculo familiar que constituye un soporte para superar los estresores de la vida cotidiana. Es así, que el apoyo social y el afrontamiento, se consideran variables moduladoras importantes ante los efectos perjudiciales del estrés laboral.

Con respecto a los rasgos de personalidad identificados tanto en enfermeras y médicos, lo que predomina en el estudio es una personalidad de tipo extrovertida, caracterizándose por ser personas con humor alegre y animado, socialmente estables, empáticos, comunicativos y optimistas; lo que influye de manera positiva cuando tienen que enfrentarse a situaciones estresantes, optando por estrategias de afrontamiento positivo ante el estrés y contando con amplias redes de apoyo social para enfrentar los problemas.

RECOMENDACIONES

- Mejorar el suministro de recursos necesarios y equipamiento que se utiliza en el trabajo, así como las condiciones físicas del mismo; con el fin de mejorar el desempeño de funciones y minimizando la frustración.
- Se sugiere definir las responsabilidades de manera eficiente mediante la asignación de tareas o repartiendo de manera diferente la carga de trabajo, para mejorar los tiempos de descanso.
- Para prevenir el agotamiento emocional y la despersonalización, se sugiere examinar periódicamente la salud física y mental del personal, minimizando la sintomatología ansioso – depresiva y la salud somática en los trabajadores.
- Fortalecer las estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema, y rectificar las estrategias inadecuadas, con el fin de regular sus reacciones emocionales y manejar de manera más eficiente las situaciones amenazantes.
- Asegurarse de que los empleados cuenten con una red de apoyo social con quien puedan compartir sus problemas y enfrentarlos de manera más eficiente.
- Implementar actividades lúdicas y espacios de esparcimiento dentro de la Institución para conservar y fortalecer los vínculos sociales e interpersonales, fomentando la cooperación y el trabajo en equipo, y creando una cultura organizacional basada en el apoyo.
- Implementar dentro de la formación profesional el tema de estrés laboral y burnout, de esta manera obtener una autoconciencia de sus implicaciones en la salud física y mental y lograr apoyo para futuras investigaciones.
- Fortalecer la comunicación, con el objetivo de escuchar las necesidades y expectativas de los empleados, así como sugerir y dirigir a los empleados para que reciban ayuda de un profesional psicólogo cuando estén atravesando dificultades serias y que no puedan manejarlas.
- Promover capacitaciones en gestión del estrés, salud ocupacional, técnicas de relajación, control y autorregulación de emociones, gestión del tiempo, asertividad, entrenamiento en solución de problemas, entre otros.
- Por último, establecer mecanismos que permitan confirmar la eficacia de las medidas adoptadas anteriormente, realizando nuevos estudios y comparando entre estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Abello, R., & Madariaga, C. (1999). *rcientificas.uninorte.edu.co*. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/754/5253>
- Aguilar, Á., Tous, J., & Pueyo, A. (1990). Adaptación y estudio psicométrico del EPQ-R. 46. Barcelona, España.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE MADRID. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Alvarez, E., & Fernandez, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XI(39), 257-265.
- American Psychiatric Association. (2015). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Arias, A., & Barrón, A. (2008). El apoyo social en la predicción a corto y medio plazo de la permanencia del voluntariado socioasistencial. *Psicothema*, 20(1), 97-103.
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., Garcia, F., & Pierart, T. (09 de 06 de 2009). *www.scielo.cl*. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/cient/v15n2/art07.pdf>
- Ávila Toscano, J., & Madariaga, C. (25 de 10 de 2015). *www.scielo.c*. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art10.pdf>
- Ayuso, J. (2006). Profesión Docente y estres laboral: una aproximación a los conceptos de Estres Laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(3). Obtenido de rieoei.org/deloslectores/1341Ayuso.pdf
- Barría Muñoz, J. (2001). Modos de afrontamientos que utilizan las Asistentes Sociales de las Municipalidades y Consultorios de atención primaria en Salud de las comunas de las Condes y de Santiago que están proclives o presentan el Síndrome de Burnout. Santiago, Metropolitana, Chile.
- Basabe, N. (s.f.). Obtenido de <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+XXVI.pdf>
- Bobes, J. B., González, P., & Bousoño, M. (2002). *www.unioviedo.es*. Obtenido de <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2010-11/13PM-ANSIEDAD.pdf>
- Boisier Utz, I. (2006). Obtenido de www.schilesaludmental.cl/ansiedad/Ansiedad.pps
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6(4), 12-24.
- Bringas, C., Fernández, A., Alvarez, E., Martínez, A., & Rodríguez, F. (2015). Influencia del síndrome de burnout en la salud de los trabajadores penitenciarios. 17. Oviedo, España.
- Caballero, A., Fernández, O., Modesto, R., & Sánchez, G. (2001). *protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos*. (E. Consejería de Sanidad Dirección General de Salud Pública y Participación de Toledo, Ed.) Obtenido de <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>
- Calvo, F., & Farrerons, L. (2008). ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN UNA MUESTRA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA. 14. Gran Canaria, España.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. California, United States: Behavioral Publications.
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos, E. J. (enero de 2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26(1), 169-180. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Cassaretto, M. (marzo de 2011). Relaciones entre la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios. 1. Colombia.

- Concyteg. (Abril de 2015). El síndrome de Burnout y la autoeficacia en un organismo de salud pública en la ciudad de Rioverde, S.L.P. Rioverde, México.
- Corporación de Empresarios de Malaga. (2013). GUÍA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO. (Octubre). Malaga, España. Obtenido de http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf
- Cosano, F., & Hombrados, M. I. (09 de 07 de 2014). [www.riuma.uma.es](http://riuma.uma.es). Obtenido de <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/7795/Comunicacion%20Un%20mo%20delo%20explicativo%20de%20la%20influencia%20del%20apoyo%20social%20en%20el%20burnout%20y%20la%20satisfacci%C3%B3n%20laboral%20en%20el%20Trabajo%20Social.pdf?sequence=14>
- Domínguez Sanchez, E. (2015). [www.biblioteca.unirioja.es](http://biblioteca.unirioja.es). Obtenido de http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000978.pdf
- Durá, E., & Garcés, J. (1991). www.unirioja.es. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111762.pdf>
- Ebisui, A. B. (s.f.). *Manejo del Stress Laboral*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/DGSP/clima/archivos/telecom2011/ManejoStressLaboral.pdf>
- El Sahili Gonzalez, L. F. (2010). *Psicología Clínica; Trastornos Neurológicos, hormonales y psicológicos*. (primera ed.). GUANAJUATO, México: Universidad de Guanajuato. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=_rCtX8-5WE4C&pg=PA75&dq=etimologia+de+la+palabra+estres&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj9wMGigpJSahVKSSYKHQX_DQIQ6AEIzAC#v=onepage&q=etimologia%20de%20la%20palabra%20estres&f=false
- Engel, G. L. (1962). Obtenido de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1963-00815-000>
- Eysenck. (1985). Obtenido de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/63/60>
- Flórez Tobar, C. M. (2014). ridum.umanizales.edu.co. Obtenido de <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/1240/ESTRÉS%2B Normas%20APA.pdf?sequence=1>
- Fresquet, J. L. (17 de Julio de 2002). *Intramed*. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=12821>
- García V, C. R. (1999). Manual para la utilización de Cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana Medica*, 88-97. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.pdf
- García, J. (2016). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.net/personalidad/teoria-personalidad-eysenck-modelo-pen#!>
- Garmendia, M. L. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas*. 11. Santiago, Metropolitana, Chile. Obtenido de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/3095/2963>
- Gil Monte, P. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? 19, 181-197. Valencia, España.
- Gil Monte, P. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología e la Salud Ocupacional. *Dossier*(100), 68-83.
- Gil Monte, P. R. (AGOSTO de 2003). *Revista Electronica InterAção Psy*. Obtenido de http://bvspers.paho.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/artigo3.pdf
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventoy en una muestra multiocupacional. *Revista Anual de Psicología Pscothema*, 11(3), 679-689. Obtenido de Psicothema: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7551/7415>
- Grau Abalo, J. (2004). www.ecured.cu. (E. C. ECURED, Productor) Obtenido de <https://www.ecured.cu/Estresores>

- Grau, A., Suñer, R., & García, M. (2005). Desgaste Profesional en el personal sanitario y su relacion con los factores personales y ambientales. Girona, España.
- Hederich Martínez, C., & Caballero Domínguez, C. (enero - julio de 2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología*, 9(1), 1-15.
- IES Ria del Carmen, Gobierno de Cantabria. (2010). *educalab.es*. Obtenido de <http://almez.pntic.mec.es/~erug0000/orientacion/psicologia/Documentos/Personalidad.pdf>
- INEC. (2010). *www.ecuadorencifras.gob.ec*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
- INEC. (2011-2012). *www.inec.gob.ec*. Obtenido de http://190.152.152.74//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Nac_Ingresos_Gastos_Hogares_Urb_Rur_ENIGHU/ENIGHU-2011-2012/EnighurPresentacionRP.pdf
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo España. (1997). *www.insht.es*. Obtenido de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/GuiasMonitor/Psicosociologia/VIII/Ficheros/psviii02.pdf>
- Luis Lopez Mena, J. C. (s.f.). Obtenido de <http://www.anales-ii.ing.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17282/18024>
- Maffei, L. (2012). *¿Qué rol cumplen las hormonas en el estrés?* Obtenido de www.docsalud.com: http://www.docsalud.com/articulo/3920/qu%C3%A9-rol-cumplen-las-hormonas-en-el-estr%C3%A9s
- Marengo, A. D., & Ávila, J. H. (2016). Burnout y problemas de salud mental en docentes: diferencias según características demográficas y sociolaborales. 10. Barranquilla, Colombia.
- Maria Angeles del Hoyo Delgado. (2004). *insht.es*. Obtenido de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/FONDO%20HISTORICO/DOCUMENTOS%20DIVULGATIVOS/DocDivulgativos/Fichero%20pdf/Estres%20laboral.pdf>
- Martín Díaz, M. D., Jimenez Sanchez, M. P., & Fernández Abascal, E. (1997). *www.reme.uji.es*. (U. N. (Spain), Productor, & Departamento de Psicología Basica II) Obtenido de *Revista Electronica de Motivacion y Emocion*: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Martin, P., Salanova, M., & Peiró, J. M. (2003). *www.dialnet.unirioja.es*. (R. d. Laborales, Productor) Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=793102>
- Martínez P., A. (septiembre de 2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. 112. La Rioja, España. Obtenido de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Martínez Zambrano, C. J. (2015). Obtenido de http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/12802/1/59198_1.pdf
- Martínez, A., Reyes del Paso, G., García, A., & González, M. I. (2006). *www.unioviedo.es*. Obtenido de <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/8397>
- Maslach, C. (Junio de 2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*(32), 37-43. Obtenido de <http://alonso.serret.mx/wp/wp-content/uploads/2015/08/BORNOUT.pdf>
- Maslach, C. y. (1997). Obtenido de <http://www.contenidos.campuslearning.es/CONTENIDOS/364/curso/pdf/FICHA-PDD-U4-A5-D1-PDF%20N%C2%BA%201.pdf>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *researchgate*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf
- Maslach, C., & Leiter, M. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 9, 297-308.

- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero, M. (enero-julio de 2009). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf>
- Medina Mojena, G. (2002). *Cuadernos de Psicología del Deporte*. Obtenido de revistas.um.es/cpd/article/download/111791/106111
- Menghi, M., & Oros, L. (2014). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en docentes de nivel primario. *10*. Argentina. Obtenido de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/satisfaccion-laboral-sindrome-burnout.pdf>
- Merin, J., Cano, A., & Tobal, M. (1995). "El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención". *researchgate*, 1(2-3), 113-130.
- Ministerio de Sanidad Servicio Sociales España. (2016). *guiasalud.es*. Obtenido de <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado00/autoria.html>
- Ministerio de Trabajo de España. (2008). *www.mc-mutual.com*. (M. MUTUAL, Ed.) Obtenido de http://www.mc-mutual.com/contenidos/opencms/es/webpublica/PrestacionesServicios/actividadesPreventivas2/resources/manuales/manual_estres.pdf
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. (1995). *insht.es*. Obtenido de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_349.pdf
- Molina, J. L., Fernandez, R., Llopis, J., & McCarty, C. (23 de 3 de 2008). <http://www.redalyc.org>. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161017350004>
- Montaño Sinisterra, M., Palacios Cruz, J., & Gantiva, C. (2009). *Psicología avances de la Disciplina*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>
- Morán, C., Landero, R., & González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 9(2), 543-552.
- Oblitas, L. A. (2017). *issuu*. Obtenido de https://issuu.com/cengagelatam/docs/oblitas_issuu
- Orcasita Pineda, L., & Uribe Rodríguez, A. (2010). *www.scielo.org.co*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>
- ORDOÑEZ, Z. M. (2012). **FACTORES DESENCADENANTES DEL ESTRÉS EN JOVENES TALLERISTAS DE LA ESCUELA ABIERTA DEL MUNICIPIO DE EL ASINTAL**. Obtenido de Los estresores o situaciones desencadenantes del estrés, han sido definidos como cualquier estímulo externo o interno (físico, químico, acústico, somático o sociocultural) que de forma directa o indirecta desestabilizan el equilibrio dinámico del individuo
- Organizacion Mundial de la Salud. (diciembre de 2013). *OMS*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organizacion Mundial de la Salud. (2013). *www.who.int*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organizacion Mundial de la Salud. (2014). <http://www.who.int>. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>
- Ortega Ruiz, C., & Lopez Rios, F. (2004). *www.redalyc.org*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>
- Ortiz Parada, M. S., Castelvi Oyarce, M., Espinoza Cárdenas, L., Guerrero Cárdenas, R., Lienqueo Sepúlveda, P., Parra Garrido, R., & Villagra Leal, E. (20 de 07 de 2010). *www.redalyc.org*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64723234019>
- Peiró, J. (2001). EL ESTRÉS LABORAL: UNA PERSPECTIVA INDIVIDUAL Y COLECTIVA. *13*, 18-38. Valencia, España. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Jose_Peiro5/publication/39174637_El_estres_laboral_Una_perspectiva_individual_y_colectiva/links/0a85e53c40d925b326000000.pdf
- Peiró, J. M. (20 de Enero de 2004). Recuperado el 2017 de Enero de 5, de http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N204sistema_trabajo.pdf

- Perez Rubio, J. A. (1997). *Revista española Reis*. Obtenido de www.jstor.org/stable/40183920?seq=1#fndtn-page_scan_tab_contents
- Quiroz Valdivia, R., & Saco Méndez, S. (2003). Factores Asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de Essalud del Cusco. *Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC*, 23, 11-22.
- Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Revista Medicina de familia*, 6(1), 10-18.
- Revista Medica Cubana . (1999). <http://www.bvs.sld.cu/>. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.pdf
- Reyes , R. (2009). www.ucm.es. Obtenido de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/stress.htm>
- Ríos Rísquez, M. I., Godoy Fernández, C., & Sánchez-Meca, J. (2011). *Digitum biblioteca universitaria*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10201/26442>
- Rosch, P. (2003). El estrés y su sistema inmunitario. Obtenido de http://www.valueoptions.com/spotlight_heart/html/pdfs/Articles/Spanish/Stress%20Español/El_Estrés_y_su_Sistema_Inmunitario.pdf
- Roth, E., & Pinto, B. (agosto de 2010). *ucb*. Obtenido de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2a4.pdf>
- Sandin, B., Valiente, R., Chorot, P., Olmedo, M., & Santed, M. (2002). VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO EPQR-ABREVIADO (EPQR-A) (I): ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA ESTRUCTURA. (A. E. Psicopatología, Ed.) *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 7(3), 195-205.
- Sarrais, F., & de Castro Manglano, P. (2007). El Insomnio. Pamplona , España. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/11.pdf>
- Selye, H. (1936). "A Syndrome Produced by Diverse Nocivous Agents. *Nature*, 138, 22-49.
- Sepúlveda Vildósola, A. C., Romero Guerra, A. L., & Jaramillo Villanueva, L. (05 de 09 de 2012). <http://www.scielo.org.mx>. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000500005
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (Marzo de 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. III. Granada, España. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Slipak, O. (1991). www.alcmeon.com.ar. Obtenido de https://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_08.htm
- Spielberger, C. (1966). *Theory and Research on Anxiety*. Nashville, Tennessee, United States: Academic Press Inc.
- Universidad de Alicante. (2007). Tema7.Motivación. Alicante, España.
- Uribe, J. F., Patlán, J., & García, A. (2015). Manifestaciones psicósomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: un análisis de ruta. *Revista UNAM*, 447-467.
- Vázquez Valverde, C., Crespo López, M., & Ring, J. (2003). *Scielo*. Recuperado el 07 de febrero de 2017, de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>
- Villar Calatayud, R. (2015). Obtenido de biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000866.pdf
- Viniegra, L. (Septiembre de 1985). Hacia un concepto de salud colectiva. 27. México, México.

ANEXOS

ANEXO 1.



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____
Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

ANEXO 2.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

ANEXO 3.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

<input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <input type="checkbox"/> 1. Claramente, no. <input type="checkbox"/> 2. Me parece que no. <input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente. <input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.

<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de [http://www.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 4.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

ANEXO 5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

ANEXO 6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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