



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores
relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Medina Medina, Laura Esmerita

DIRECTORA: Torres Montesinos Claudia, PhD.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

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

PhD.

Torres Montesinos, Claudia

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: **“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”** realizado por Medina Medina, Laura Esmerita, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja,

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Medina Medina, Laura Esmerita, declaro ser la autora del presente trabajo de titulación: “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”, de la Titulación de Psicología, siendo Torres Montesinos, Claudia Directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Autora: Medina Medina, Laura Esmerita

Cédula: 1900770338

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de fin de titulación a Dios, a mis padres, a mis hermanos y principalmente a mi hija y a mi esposo.

A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres quienes han sido pilar fundamental en mi vida, y por los valores que me han inculcado.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. A Verónica por ser un ejemplo de desarrollo profesional a seguir, a Marco por brindarme su apoyo incondicional.

A mi hija que con su amor y alegría ha sido mi fuerza para seguir adelante en la culminación de mi formación profesional.

A mi esposo por ser una parte muy importante en mi vida, por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo necesito.

A ellos mi trabajo y realización de esta titulación, que sin ellos, no hubiese podido ser.

Medina Medina, Laura Esmerita

AGRADECIMIENTO

“Ser agradecido significa reconocer la calidad humana de las personas que nos honran con su don.”

Un agradecimiento a todas y cada una de las personas que contribuyeron con la realización del Presente programa de Grado.

En primer lugar dar gracias a Dios, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

A mi directora de tesis, Claudia Torres Montesinos por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a la Ph.D Rocío Ramírez por su enseñanza y por toda su colaboración y entrega.

¡Muchas gracias!

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	5
11. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	6
1.1.1 Definiciones del burnout	6
1.1.2 Etapas del síndrome de burnout.....	7
1.1.3 Causas del burnout en profesionales de la salud	8
1.2. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD	8
1.2.1. Consecuencias físicas.....	8
1.2.2. Consecuencias laborales.....	9
1.2.3. Consecuencias familiares.....	9
1.3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT	10
1.3.1 MODELOS BASADAS DESDE LA TEORÍA SOCIO- COGNITIVA DEL YO	10
1.3.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).....	10
1.3.1.2. Modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993)	10
1.3.1.3. Modelo de Pines (1993)	11
1.3.1.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993) .. Error! Bookmark not defined.	
1.3.2 MODELOS DESARROLLADOS DESDE LA TEORÍA ORGANIZACIONAL.....	12
1.3.2.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter	12
1.3.2.2 Modelo de Winnubst.....	13
1.3.2.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	13
1.3.3 MODELOS SOBRE EL PROCESO DEL SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO	14
1.3.3.1 Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson).....	14
1.3.3.2 Modelo de Edelwich y Brodsky	14
1.3.3.3 Modelo de Price y Murphy	15
1.4. PREVALENCIA DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD	15
1.4.1 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.....	15

1.4.2. Prevalencia en profesionales de salud a nivel nacional	16
1.5 VARIABLES ASOCIADAS AL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	18
1.5.1 Variable social	18
1.5.2 Variable social extra – laboral.....	18
1.5.3. Variable socio -laboral	18
1.5.4. Variable de personalidad.....	19
1.5.4.1 Personalidad resistente.....	19
1.5.4.2 Autoestima y autoconcepto	20
1.5.4.3 Locus de control.....	21
1.5.4.4 Autoeficacia.....	21
CAPITULO 2: METODOLOGÍA.....	23
2.1. Objetivos:	24
2.1.1. General.....	24
2.1.2. Específicos	24
2.2. Preguntas de investigación:.....	24
2.3. Contexto:.....	25
2.4. Diseño de investigación:.....	25
2.5. Población y muestra:	25
2.6 Técnicas y métodos:.....	26
2.7 Procedimiento:	27
2.8 Recursos:	28
2.9 Instrumentos:.....	28
CAPÍTULO 3: RESULTADOS.....	32
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	55

RESUMEN

Los trabajadores de la salud en particular médicos y enfermeras viven en un escenario de vida y muerte cada día, este compromiso puede resultar física y emocionalmente destructivo, derivando en problemas conductuales como el burnout. El presente trabajo busca identificar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos/as y enfermeras/os en una institución pública de la ciudad de Loja. La metodología utilizada es de tipo cuantitativa porque analiza numéricamente los instrumentos, no experimental debido a que no se manipula las variables, así mismo es transversal porque analiza variables en un momento dado; para lo cual 20 médicos y 20 enfermeras de esta institución han participado en la aplicación de seis instrumentos, estos fueron fichas sociodemográficas y laborales, así como cuestionarios: MBI de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad. Al término de esta investigación se registró un caso de burnout en el personal de enfermería, debido a su mayor implicación con los pacientes.

Palabras claves: profesionales de la salud, síndrome de burnout, calidad de vida.

ABSTRACT

Health workers in particular doctors and nurses live in a life and death scenario every day, this commitment can be physically and emotionally destructive, leading to behavioral problems such as burnout. This paper aims to identify the prevalence of burnout syndrome in physicians and nurses at a public institution in the city of Loja. The methodology used is quantitative because it analyzes the numerical instruments, not experimental because the variables are not manipulated, it is also transversal because it analyzes variables at a given time; for which 20 physicians and 20 nurses of this institution have participated in the application of six instruments, these were sociodemographic and labor records, as well as questionnaires: MBI of Maslach, mental health, coping, social support and personality. At the end of this investigation, a case of burnout was registered in the nursing staff, due to its greater involvement with the patients.

Key words: health professionals, burnout syndrome, quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el estrés es un mal que ha tomado fuerza, debido a que cada vez son más las personas que lo padecen, este puede ser causado por distintas situaciones o pensamientos que aquejan a las personas en su diario vivir, interfiriendo así en sus actividades como en su jornada laboral.

Debido a esto hoy por hoy se realizan varios estudios sobre el ya conocido síndrome de burnout, lo que hace referencia al estrés laboral, este se produce como respuesta a diferentes tipos de presiones ya sean emocionales, interpersonales y/o laborales que pueden durar por algún tiempo. Así también, Edelwich y Brodsky (1980), lo describen como una pérdida paulatina de idealismo, realización, energía y propósito, es decir pérdida de la motivación para realizar cualquier actividad pero sobre todo si es referente al trabajo; algunos otros estudiosos enfocados en la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico (Pines, Aronson, 1981), lo que se traduce en un mal que afecta la multifuncionalidad de una persona provocando en ella agotamiento emocional, despersonalización y una considerable disminución en la realización personal dentro del ámbito laboral, sintomatología que es más frecuente en profesionales cuyo trabajo está dirigido al trato constante con los demás (Maslach, 1981), debido a esto esta patología es más frecuente en profesionales de la salud (como se citó en Forbes Álvarez, 2011).

Esta investigación es importante debido a que proporciona información, que puede ser aplicada para evaluar y detectar la presencia del síndrome de burnout, así también busca prevenir el mismo en profesionales de la salud, además brinda una nueva línea de investigación dentro del área académica de la UTPL.

La memoria del presente trabajo investigativo se ha efectuado en cuatro capítulos, que se detallan a continuación **Capítulo I** hace referencia al marco conceptual del trabajo investigativo del que se desglosan temas que están fundamentados desde la literatura, el primero relacionado con la conceptualización del burnout, que hace referencia a las definiciones de esta patología, a sus etapas y finalmente a las causas de SB en profesionales de la salud, el segundo tema enfocado en las consecuencias del burnout en profesionales de la salud; ya sean estas físicas, laborales y familiares, el tercer tema menciona los modelos explicativos del burnout, destacando algunos de los principales como: el modelo basado desde la teoría socio-cognitiva del yo, siguiendo por el modelo desarrollado desde la teoría organizacional y finalmente menciona el

modelo sobre el proceso del síndrome de “quemarse en el trabajo”, por otra parte el tema cuatro enfatiza en la prevalencia del burnout en profesionales de la salud a nivel mundial y nacional; por último el quinto tema relata las variables de esta patología como: variables asociadas al SB en profesionales de la salud, variables social, extra laboral y laboral, también mencionan elementos importantes como la personalidad resistente, autoestima, auto-concepto, locus de control y autoeficacia.

En el **Capítulo II** se detalla la metodología utilizada en el trabajo de fin de titulación que se presenta a continuación, tiene con un enfoque cuantitativo-descriptivo debido a que analiza información numérica de los instrumentos evaluados, también porque se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga y correlacional puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández, Baptista, 2003). Así mismo se describen los objetivos generales y específicos considerando los criterios de inclusión y exclusión, así también las preguntas de investigación planteadas a continuación: ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada?, ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan burnout?, ¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout?, ¿El apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?, ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias? Y ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

Seguidamente dentro del **Capítulo III** se mencionan resultados importantes como las afectaciones que sufren los profesionales de la salud entre estas baja autoestima, agotamiento emocional sintomatología prevalente en personas que padecen este síndrome, además se menciona la importancia del tipo de personalidad en el afrontamiento de esta patología, así como se mencionan estudios que validan cada teoría y conceptualización de esta afectación.

En el **Capítulo IV** se discuten los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo con las teorías, conceptos y resultados de estudios previos en personas con las mismas o parecidas características: el mismo cargo profesional, los rangos de edades así como también las características sociodemográficas.

Finalmente se detallan las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo investigativo las mismas que se obtuvieron basándose en los resultados del estudio así como en la literatura revisada.

CAPÍTULO 1.

MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptualización del Burnout.

1.1.1 Definiciones del Burnout.

El síndrome de Burnout es un problema de salud que está afectando a la calidad de vida del individuo por ende es necesario comprender el posicionamiento de los diferentes autores y la relación que existe entre los mismos.

Maslach y Jackson (1986) enuncian: “el burnout es un síndrome de estrés crónico que afecta a los profesionales quienes están dedicados a atender a personas que tienen necesidad de dependencia o pasan por una situación de necesidad donde manifiestan disminución y pérdida de recursos emocionales, se desarrolla actitudes pesimistas, autoevaluación de forma negativa del trabajo”.

Leiter (1989) señala que: “el síndrome de burnout se inicia por un cansancio emocional, donde los profesionales pierden el compromiso por el trabajo y crece el agotamiento, por ende se disminuyen los proyectos profesionales, por cansancio emocional, despersonalización, baja realización personal”.

Figley (1981) manifiesta al síndrome de burnout como: “estado de agotamiento físico y emocional causado por una larga implicación en situaciones emocionales exigentes”.

Cherniss (1980) menciona que: “el síndrome de burnout es donde los profesionales cambian de una manera negativa sus actitudes y conductas”.

En relación al posicionamiento de los diferentes autores se manifiesta el burnout como, el desgaste físico, emocional que afecta a los profesionales, es la respuesta al estrés laboral prolongado, usualmente sucede cuando las demandas laborales exceden la capacidad de respuesta de un individuo, pierden el compromiso por el trabajo, se siente sobrecargado por las personas que giran en su entorno, manifiesta dificultad para seguir laborando o prestando un servicio.

Al hablar del síndrome de Burnout nos referimos a un desgaste físico y emocional que es directamente observable en las personas que la padecen, es la fase avanzada del estrés, dando origen a varias enfermedades físicas y mentales que perjudican la calidad de vida.

Los profesionales más susceptibles a esta problemática son aquellos que prestan una atención constante y directa de ayuda a personas como es el caso de los profesionales de la salud, sociales y educadores.

1.1.2 Etapas del síndrome de burnout.

Según Edewich y Brodsky (1980) las etapas que atraviesa el trabajador hasta llegar al burnout:

- **“Etapa del entusiasmo”**.- Básicamente el trabajador experimenta su profesión como un estimulante disfruta de sus actividades realizadas se siente en la capacidad para solucionar sus conflictos.
- **“Etapa de estancamiento”**.- Empieza cuando el trabajador no cumple las expectativas en cuanto al trabajo se torna difícil de conseguir los objetivos propuestos se vuelve como algo utópico aun cuando el trabajador trabajo muy duro para conseguirlo.
- **“Etapa de la frustración”**.- El trabajador pasa por un periodo de desilusión y desmotivación laboral dando paso a los problemas emocionales físicos y conductuales, entre ellos la falta de compromiso con el trabajo.
- **“Etapa de apatía”**.- El trabajador llega a la resignación, no se siente en la capacidad para poder cambiar esa realidad.
- **“Etapa de burnout”**.- En la etapa final el trabajador ha llegado a la imposibilidad no solo física sino también psicológica para continuar en sus actividades laborales e interrumpe su trabajo, se empieza a reflejar el

agotamiento emocional, y la despersonalización donde desarrolla actitudes negativas que van asociadas a la parte emocional.

1.1.3 Causas del burnout en profesionales de la salud.

Este síndrome suele presentarse cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc.), como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, otros). En general, las condiciones anteriores se confabulan y pueden generar burnout en situaciones de exceso de trabajo, desvalorización en el puesto de trabajo, en las cuales prevalece confusión entre las expectativas y las prioridades, falta de seguridad laboral, así como exceso de compromiso en relación con las responsabilidades del trabajo. (Albee, 2000, p.2).

El burnout es causado por una serie de factores emocionales del sujeto como la intolerancia, cambios en el estado de ánimo se irrita con facilidad, desaparecen los buenos modales. Sumándose a ello la desmotivación agotamiento mental falta de energía y menor rendimiento.

1.2 Consecuencias del Burnout en Profesionales de la Salud.

1.2.1 Consecuencias físicas.

Álvarez y Fernández (1991), enuncian las consecuencias físicas en la salud en los profesionales: migrañas, alteraciones del sueño, fatiga crónica, úlceras gastrointestinales, pérdida de peso, alteraciones dermatológicas, dolores musculares, etc.

Por otro lado Firth (1994), cita las consecuencias del burnout en la salud destacando las siguientes : depresión que involucra: sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad por exigencias y sobre carga laboral, pérdida de calidad de vida personal, desordenes fisiológicos con síntomas como

cefaleas, dolores musculares (sobretudo dorsal), dolores de muelas, náuseas, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño.

Serrano, (2002) enuncia las consecuencias laborales y familiares que se derivan del síndrome de burnout recalcando las siguientes:

1.2.2 Consecuencias laborales.

- Deterioro de la capacidad del trabajo.
- Deterioro de la calidad de los servicios que se presta al paciente.
- Aumento de interacciones hostiles.
- aumento del absentismo
- Comunicaciones deficientes.

1.2.3 Consecuencias familiares.

- Distanciamiento afectivo.
- Aburrimiento y actitud cínica.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Sentimiento de omnipotencia.
- Incapacidad para la atención con sus hijos, esposa (o).

Inevitablemente el Burnout deja secuela que traspasa tanto la parte física, emocional, familiar y laboral del sujeto que la padece y de las personas que giran en su entorno, estas consecuencias son el punto clave para encender la alerta y trabajar en prevención de este tipo de problemáticas que terminan deteriorado la salud de las personas.

Es de vital importancia conocer la sintomatología del burnout, en la mayoría de los casos empiezan con fatiga crónica, fuertes dolores de cabeza, perdida de sueño, disminución de peso, la parte emocional del trabajador igualmente se ve afectada por la depresión, el fracasado, pierde su autoestima, es decir no se siente en la capacidad

de realizar sus actividades laborales llevándolo al absentismo de trabajo, deterioro de la calidad y prestación de sus servicios , el ámbito familiar también es afectado puesto que en sus hogar manifiesta distanciamiento afectivo ,irritabilidad, demuestra incapacidad para brindar atención a los miembros de la familia .

1.3 Modelos Explicativos del Burnout.

1.3.1 Modelo basadas desde la teoría socio- cognitiva del yo.

1.3.1.1 Modelo de competencia social de Harrison (1983).

Se basa en “la capacidad y eficacia percibida para explicar la competencia percibida” como función del Síndrome Burnout, este explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de salud tienen un grado alto de motivación y altruismo para ayudar a los demás, pero ya en el lugar de trabajo habrán factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador” (Harrison 1983).

Los modelos etiológicos del Síndrome de Burnout se agrupan bajo el marco de la investigación las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad pero a la vez se modifican por sus efectos y consecuencia observables, está íntimamente relacionada el empeño para conseguir sus objetivos propuestos sumándose las consecuencias emocionales de las acciones que están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

1.3.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993).

Este modelo “se basa en la consecución independiente y exitosa de las metas aumentando la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout. Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa (Cherniss 1993 Pg. 125).

Este autor se basa en la eficiencia y la competencia percibida esto demuestra que muchos profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia o ayuda tienen un espíritu altruista y motivación para ayudar a los demás pero ya una vez inserto en la zona de actuación profesional encuentra factores protectores y de riesgo que determina la eficacia el trabajo.

En el determinado caso de que existan factores protectores como la alta motivación, el incentivar los resultados serán netamente beneficiosos pues esto aumenta la eficiencia percibida y despierta los sentimientos de competencia social. Cabe indicar que al existir barreras o factores de riesgo dificultan el logro de las metas planteadas, la auto eficiencia disminuirá y si estas condiciones prevalecen poblidamente con el tiempo aparece el Síndrome de Burnout (SB).

1.3.1.3 Modelo de Pines (1993).

El fenómeno del Síndrome de Burnout surge cuando el individuo prioriza la búsqueda del sentido de la existencia, en el trabajo y fracasa en su labor. Estas personas dan sentido a su existencia realizando tareas laborales. Este modelo es de carácter motivacional y plantea que, sólo se “queman” aquellos sujetos con altas expectativas (Pines, 1993).

De lo anteriormente dicho se puede analizar que este modelo es netamente motivacional y concluye que solo se queman los individuos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el SB.

Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas.

El SB sería el producto de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado por causa las altas expectativas puestas en el trabajo.

1.3.1.4 Modelos de Thompson, Page y Cooper (1993).

Se destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son:

- Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- El nivel de autoconciencia.
- Las expectativas de éxito personal.
- Los sentimientos de autoconfianza

Los autores presentan las estrategias que llevan a éxito al trabajador entre ellas tenemos la conducta de despersonalización esta estrategia tiene como fin reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales, además refuerza la autoconfianza para enfrentar las diferentes problemáticas y ayuda a disminuir el Síndrome de Burnout en el sujeto y tiende a llenar sus expectativas optimistas de triunfo a la solución de sus problemas. La combinación de estos modelos juegan un papel muy importante al momento de enfrentarse al estrés, brindarán al individuo la capacidad de adaptarse al medio, ajustarse a las exigencias y reajustar sus planteamientos, le brindarán al profesional las herramientas necesarias para adquirir resiliencia en caso de enfrentarse a situaciones adversas dentro de su área de trabajo.

1.3.2 Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

1.3.2.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1986) afirman que: “Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional”.

De lo anteriormente dicho se puede analizar que esta teoría se caracteriza por la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias que emplean los trabajadores ante el Síndrome de Burnout, donde están implícitas las funciones, el rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional consideradas estrategias para afrontar las amenazas del síndrome de burnout.

1.3.2.2 Modelo de Winnubst.

Winnubst (1993) explica que: “la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del síndrome de burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social”.

Estas teóricas están íntimamente relacionadas en el apoyo social, con la estructura organizacional, el clima, la cultura, para evitar que se desarrolle el SB. Por ello cabe señalar la importancia de un buen ambiente y clima laboral (que incluya buenos compañeros de trabajo) evitar factores de riesgo como el estrés, al igual que una buena estructuración que conciba turnos moderados y rotativos (sobre todo en ámbito de la salud), un manual de funciones bien claro y establecido evitará inconvenientes de sobrecarga laboral y potenciará empleados más activos y productivos, claro está que los profesionales de la salud no deben dejar de lado las implicaciones de su cargo.

1.3.2.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Cox, Kuk y Leiter (1993) afirman que: “el síndrome de burnout es entendido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. En el modelo transaccional se incluyen como variables 'sentirse gastado' (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y 'sentirse presionado y tenso' (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad)”.

Este modelo sugiere un enfoque transaccional del estrés laboral parte de teoría de la personalidad y de las relaciones humanas el crecimiento y el cambio personal u organizacional, especialmente afecta a los profesionales humanistas, se refleja el agotamiento emocional es la parte esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador.

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

1.3.3.1 Modelo tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson).

Maslach y Jackson (1981) entienden que el Burnout se configura como: "un Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal".

1.3.3.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.

Edelwich y Brodsky (1980): el burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases:

- a) Entusiasmo, básicamente el individuo se siente con la energía vitalidad para desarrollarse en el trabajo, en otras palabras el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución.
- b) El estancamiento, es cuando un sujeto no cumple con las expectativas en el trabajo y sus objetivos se vuelven difíciles de conseguir.
- c) La frustración, esta es la etapa de la desilusión, empiezan a salir los problemas emocionales y físicos.
- d) La apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración).

1.3.3.3 Modelo de Price y Murphy.

Price y Murphy (1984) afirman que el síndrome de burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, este proceso se da en fases sintomáticas:

1. **Desorientación:** sucede cuando el trabajador no se siente seguro ante una determinada situación y no sabe qué hacer.
2. **Labilidad emocional:** es cuando un sujeto sufre manifestaciones en su parte afectiva
3. **Culpa:** debido al fracaso profesional, se siente fracasado tiene sentimientos encontrados de culpabilidad.
4. **Soledad y tristeza:** si se supera puede desembocar en la siguiente fase
5. **Solicitud de ayuda:** de un profesional para contrarrestar el problema equilibrio a que el sujeto se sienta estable y equilibrado ante cualquier situación.

En conclusión estos modelos conciben al SB donde está implícito el agotamiento emocional y actitudes de despersonalización, además el sujeto se siente desilusionado para realizar una actividad laboral, se siente cansado, culpable, estancado, frustrado, apático y desorientado. Estas conductas son observables, como sabemos este síndrome afecta la parte emocional, física, psicología, laboral y familiar.

1.4 Prevalencia del Burnout en Profesionales de la Salud.

1.4.1 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.

Un estudio publicado por Stordeur et al (1999); realizado en la Université Catholique de Louvain, Faculté de Médecine en Bélgica, en el cual 625 enfermeras fueron evaluadas mediante el Inventario para Burnout de Maslach (IBM), obteniendo que el 24.3% de ellas presentaban un índice moderado de Burnout. Además se realizó una lista de 11 factores que son predictivos del Burnout, algunos de ellos contribuían de forma positiva con el desarrollo del mismo (demandas laborales, pobre soporte social, conflictos con otras enfermeras, conflictos con los médicos, presencia de estresores relacionados con la vida privada, laborar jornadas completas o de medio tiempo),

mientras que otros contribuían de forma protectora (percepción de control a nivel laboral, sentimientos de seguridad en riesgos ocupacionales).

Otro estudio en profesionales de enfermería ha medido el burnout en hospitales de Madrid, Barcelona, Murcia o Badajoz. En un centro hospitalario de Madrid se encontró que el 11.7% de los enfermeros tenían puntuaciones altas en agotamiento emocional, el 9.2% en despersonalización y el 19.9% en la dimensión falta de realización personal.

Otro estudio realizado en Latinoamérica, específicamente en Mérida, Venezuela, es el llevado a cabo por Parada et al, (2005); el mismo pretendía correlacionar la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout en el personal de enfermería, del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA). El estudio tuvo una muestra de 104 trabajadores de enfermería de las áreas: hospitalización, unidad de cuidados intensivos, emergencias obstétricas, pediátricas y de adultos. Se les aplicó el MBI, un cuestionario de datos sociodemográficos y una escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall (2003); se obtuvo una prevalencia de 6.73%, también se encontró que un 30.8% de los enfermeros presentaban valores elevados para agotamiento emocional, 47% presentaron niveles altos en la escala de despersonalización, y el 40% tuvo valores medios y bajos en la escala de realización personal.

Como se puede evidenciar el Síndrome de Burnout es una problemática que está latente a nivel mundial, debido a que afecta la parte emocional, física y psicológica del trabajador, además de ser un problema que si no es tratado a tiempo puede llegar a afectar drásticamente la vida cotidiana del individuo.

1.4.2 Prevalencia en profesionales de salud a nivel nacional

En Ecuador, el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”, realizó un estudio denominado Síndrome del Quemado y la Influencia en el desempeño laboral del personal de

enfermeras en el servicio de cirugía. El tipo de estudio fue descriptivo y el personal de enfermería son de género femenino, el 52,94% separadas, el 88% con carga familiar, el 76% tiene más de 10 años de servicio, encontrándose con agotamiento emocional y despersonalización medio, la realización personal alta. (Luna, N. Vasconez C. 2011).

Por otra parte en el Hospital Homero Castanier Crespo Azogues, se realizó un estudio de los factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en profesionales de enfermería, en el cual determinaron que 59 de ellas presentan: en un 32.7% agotamiento emocional, despersonalización 33 % y un 74.6 % de estrés, siendo en su mayoría de sexo femenino. Con relación a la edad la mayoría son de 45 años, de estado civil "casadas" y con más de 2 hijos; el 52% laboran más de 10 años, con menos de 40 horas semanales (Tenesaca, 2012).

En otro estudio en la ciudad de Cuenca, también se investigan factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en enfermeras, teniendo así que 54 de ellas son afectadas por este síndrome; presentando Agotamiento Emocional (AE) con el 91.5% y despersonalización (DP) con en el 86.4% en nivel intermedio y bajo, mientras que la falta de realización personal arrojó un porcentaje de 94.9%, considerándose alto, siendo esta la subescala donde el personal de enfermería se encuentra afectado por el síndrome.

Según lo revisado en la literatura el problema del burnout ha alcanzado altos índices a nivel mundial, latinoamericano y nacional, dicho problema afecta considerablemente la calidad de vida de las personas.

Es evidente que, en Ecuador el sector de la salud pública, atraviesa cambios profundos, puesto que en la actualidad el gobierno contempla un servicio de calidad y calidez, aunque estos cambios no se han evidenciado completamente en el área de la salud mental.

1.5 Variables Asociadas al Burnout en Profesionales de la Salud.

1.5.1 Variable social.

House (1981), ha clasificado varias fuentes de apoyo social: “pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores”.

Las variables que están implícitas y explícitas del espacio de trabajo pueden ayudar a amortiguar el efecto de los estresores. Al hablar de factores protectores en las relaciones sociales en el trabajo exactamente nos referimos al apoyo social que le brindan las personas que rodean su ambiente de trabajo además ayuda a mantener la integración social y prestación de servicios de calidad.

1.5.2 Variable social extra – laboral.

Según Repeti (1989), menciona “el apoyo familiar en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria”.

Esta variable hace referencia a las relaciones familiares, amigos, ya que son considerados como actores claves brindando amor, cuidado y atención, pues el apoyo familiar mitiga los efectos estresores de la cotidianidad.

1.5.3 Variable socio –laboral.

“El desencadenante suele ser el volumen de trabajo constante, la presión temporal, la falta de espacio para desarrollar ideas propias y el cumplimiento de varias tareas de forma paralela. Además, las personas que sufren el síndrome no suelen ser capaces de desconectarse del trabajo, siempre están disponibles y como su tiempo de trabajo se mezcla con el tiempo libre, les faltan los fundamentales periodos de descanso” (Gutiérrez y Vásquez, 2007.)

En concordancia a lo mencionado, las relaciones interpersonales que son percibidas negativamente: como el ambiente laboral desfavorable, la mala calidad de sus

relaciones, falta de apoyo, conflictos, disputas y competitividad en el trabajo pueden llevar al estrés.

1.5.4 Variable asociada a la personalidad.

“El Síndrome de Burnout se puede concebir como un rasgo de personalidad, entendiendo que en su proceso hay que buscar el equilibrio perdido, planteando que la precognición del cambio es la fórmula para afrontarlo: susceptibilidad Individual + sobrecarga = burnout” (Elliot y Smith, 1984).

“La perspectiva psicoanalítica, considera que el Síndrome de Burnout tiene una función homeostática para lograr mantener el balance psíquico, así como existen diferentes causas según los diversos tipos de personas” (Garden, A 1989).

La personalidad es el conjunto de caracteres donde está inmerso los rasgos y cualidades, por lo tanto, establecen los cimientos del ser humano que formaran la personalidad del sujeto, a esto se suma la edad, el género, la familia y el apoyo social, estos son los factores protectores para prevenir el desgaste laboral.

1.5.4.1 Personalidad resistente.

“Esta teoría es definida como una constelación de características de personalidad que funcionan como una fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes siendo menos vulnerables al estrés laboral aquellos sujetos que presentan un patrón de conducta resistente, minimizando las posibles consecuencias disfuncionales” (Moreno B González L 2000).

Rich (1987), “en torno a los estudios que valoran las relaciones entre el Síndrome de Burnout y la Personalidad Resistente, se concluye que este tipo de personalidad lo previene y reduce su incidencia”.

Cranie y Lambert (1987), “establecen una propuesta más moderada, en el sentido de que la personalidad resistente tiene efectos beneficiosos para reducir el síndrome de burnout pero no puede prevenir los altos niveles de estrés laboral, especialmente la sobrecarga de trabajo”.

La personalidad resistente en sí se basa en las actitudes, acciones y comportamiento positivo que protegen al sujeto del síndrome de burnout, es decir es una estrategia que el ser humano posee, especialmente es su personalidad, el comportamiento o actos positivos que un individuo tiene mantiene una actitud asertiva ante cualquier conflicto busca los mecanismos idóneos para darle solución, ayuda a prevenir el síndrome de burnout.

1.5.4.2 Autoestima y autoconcepto.

“ El Síndrome de Burnout y la Autoestima, ésta última disminuía al avanzar las fases del proceso del primero (Golembiewsky y Kim, 1989), corroborándose la existencia de una relación inversa entre ambas variables (Golembiewski y Aldinger, 1994; Rosse, Boss, Johnson y Crow, 1991), y puntualizándose que la autoestima puede actuar más bien como precursor que como consecuencia propia del Síndrome, no confirmándose que esta variable actúe protegiendo a los individuos de padecerlo o de las alteraciones consecuentes en la salud (Rosse et al, 1991).

En el análisis de las dimensiones del Síndrome de Burnout, se obtiene que los sujetos que experimentan cansancio emocional y despersonalización tienden a mostrar menores índices de autoestima (McMullen y Krantz, 1988).

El autoconcepto es básicamente parte de la personalidad, lo que soy lo que tengo para dar y demostrar en el trabajo, pues engloba las capacidades emocionales e intelectuales del ser humano.

Es de vital importancia fortalecer la autoestima de los trabajadores de la salud, puesto que necesitan estar íntegramente estables para poder ofertar servicios de calidad y calidez, además es una estrategia para prevenir el estrés laboral.

1.5.4.3 Locus de control.

Según Rotter (1966), "El locus de control se refiere a la atribución que hace el individuo de los resultados. Un extremo de ésta dimensión es externo y el otro interno".

Los sujetos que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral, presentando insatisfacción, desamparo, síntomas de Burnout, etc. Los internos tienden a percibir menos amenazas, a orientarse hacia metas en la actividad laboral y a ser más activos por la percepción de control de la situación, es decir que suelen utilizar el afrontamiento dirigido al problema.

Básicamente el afrontamiento al problema trata de moderar los procesos de estrés, puesto que influye en las reacciones del sujeto, en las que están inmersos los pensamientos, actos realistas y flexibles. Debido a esto el individuo se siente en la capacidad de encontrar las soluciones al problema.

1.5.4.4 Autoeficacia.

Leiter, (1992), "la Autoeficacia incrementa la probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout, la propia percepción de eficacia en las tareas a realizar es una variable relevante".

Las investigaciones empíricas respecto a dichas relaciones, aunque todavía minoritarias, se han centrado en instituciones sanitarias.

Por ejemplo, en el contexto de salud se ha relacionado los efectos de la autoeficacia de tarea y una serie de estresores laborales y de rol, sobre el compromiso y el Síndrome de Burnout, realizándose los análisis en función del sexo de los agentes.

Los resultados revelan en la muestra de hombres, la influencia directa tanto de la autoeficacia como del conjunto de estresores sobre el compromiso organizacional y las tres dimensiones del Síndrome. En las mujeres desciende el peso directo de los estresores, mientras que la autoeficacia reservaba su influencia directa para el compromiso pero no para el Síndrome de Burnout (Vega y Garrido, 1995).

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General

- Identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos/as y enfermeras/os en una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja, durante el año 2016-2017.

2.1.2. Específicos

Identificar la caracterización de la muestra sociodemográfico y laboral investigada.

Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de la salud.

Identificar el apoyo procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud.

Conocer los modos de afrontamiento ante las situaciones adversas de los profesionales de la salud.

Identificar rasgos de personalidad de los profesionales de la salud, mismos que se han identificado con el burnout.

2.2. Preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada?
- ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan burnout?
- ¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout?
- ¿El apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?
- ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

2.3. Contexto:

En la presente investigación se evaluó al personal médico y de enfermería de una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Loja, es un hospital de segundo nivel con una cobertura que abarca la ciudad y provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro.

Es una unidad dinámica, con personal formado científica, ética y humanísticamente, presta atención de salud integral, oportuna y de calidad en: cirugía clínica, cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico mediante equipos de trabajo multidisciplinarios y recursos suficientes para satisfacer las necesidades de los usuarios y mejorar su calidad de vida.

2.4. Diseño de investigación:

La presente investigación posee las siguientes características: **cuantitativa**, porque se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados, **no experimental**, porque se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, **transeccional (transversal)**, porque se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo, **exploratoria**, porque se trata de una exploración inicial en un momento específico, **descriptiva**, porque se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga y **correlacional** puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

2.5. Población y muestra:

La población objeto estudio fue el personal médico y de enfermería que laboran en una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Loja.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental con un total de 40 profesionales de la salud, 20 médicos/as y 20 enfermeras/os que laboran en una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Loja, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

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

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes:

Criterios de inclusión:

- Ser profesional de medicina de cualquier especialidad.
- Enfermeras que se encuentren vinculados tanto a instituciones privadas como públicas del Ecuador.
- Actualmente ejercer la profesión.
- Estar de acuerdo en participar en la investigación.
- Poseer 3 años mínimos de experiencia profesional.
- Firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de la salud pertenecientes a otras provincias.
- Médicos y enfermeras/os mayores a 65 años.
- Médicos y enfermeras/os con menos de 3 años de experiencia profesional.
- No firmar el consentimiento informado.

2.6 Técnicas y métodos:

Técnicas de investigación bibliográfica: La lectura, como medio importante para conocer, analizar y seleccionar aportes teóricos, y conceptuales sobre el de burnout y los factores relacionados con este fenómeno en los profesionales de la salud en el Ecuador, el resumen o paráfrasis como medio para presentar un texto original de forma abreviada; permite favorecer la comprensión del tema, entender mejor el texto y redactar con exactitud y calidad.

Algunos de los métodos son:

Método descriptivo: permite explicar y analizar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización).

Método analítico – sintético: explica la relación entre los elementos y el todo, así como también la reconstrucción de las partes para alcanzar una visión de unidad, en lo referente al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno.

Método inductivo y deductivo: permite configurar el conocimiento y generalizar de forma lógica los datos empíricos relacionados con el síndrome de Burnout en profesionales de la salud.

Método estadístico: organiza la información alcanzada con la aplicación de la batería de instrumentos propuestos en esta investigación.

2.7 Procedimiento:

Fase 1: Búsqueda bibliográfica:

Primeramente previo a la realización del marco teórico, se buscó información en fuentes bibliográficas sobre la temática a tratar “síndrome de burnout”, así como: factores relacionados con este fenómeno en los profesionales de la salud a nivel mundial y nacional, factores de riesgo, teorías y modelos.

Fase 2. Exploración:

En una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja, se presentó la carta enviada por la dirección del departamento de psicología de la UTPL de manera formal y personal, en el que se indicó el objetivo y el trabajo a realizar, al obtener el visto bueno de los directivos se procedió a la siguiente fase.

Fase 3. Aplicación de los instrumentos:

Se determinó el horario para la aplicación de los instrumentos psicológicos, en consideración a esto se procedió a buscar a médicos/as y enfermeras dentro de la institución para pedir su colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera, la aplicación de los instrumentos se realizó con algunas novedades que sé que explican a continuación: el ideal consistía en que el investigador efectuara la diligencia aplicando la batería de manera personal y directa a todos y cada uno de los encuestados, lo que se consiguió tan solo en los médicos, a las enfermeras se les entregó la batería para que lo realizaran con las debidas indicaciones y fueron entregados en tres días hasta una semana después que se los habían llevado. Esto sucedió porque tanto los médicos y enfermeras pasan ocupados constantemente, en el caso de los médicos se aplicó las encuestas en el momento que no llegaba un paciente.

Fase 4. Ingreso de datos y tabulación

Cada instrumento fue tabulado en la sección específica previamente establecida por la Dirección General de Tesis en un programa Excel, para su respectivo análisis y aprobación.

2.8 Recursos:

Recursos Humanos:

20 Médicos y 20 enfermeras en servicio activo.

Directora de tesis.

Tesista

Recursos Institucionales:

Hospital público.

Recursos Materiales y Económicos

Cuestionarios: variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad.

2.9 Instrumentos:

Los datos de esta investigación se recogieron mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: **variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad**, los cuales se diseñaron para ser aplicados en el personal que se encuentra vinculado a instituciones de salud y con el orden detallado a continuación.

Cuestionario Sociodemográfico y laboral

Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad de 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 los pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros, que son de utilidad en esta investigación.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).

Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout, el resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala **MBI** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora mediante 3 escalas que son:

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

Cuestionario de Salud Mental (GHQ28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).

Es un cuestionario auto-administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud que consta de 28 ítems, cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud del encuestado, para determinar si se encuentra “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 4 sub-escalas que son:

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamientos entre otros.
- Ansiedad e insomnio: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión grave: Sentimientos de disvalía, pensamientos de muerte.

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

Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuestas del individuo ante el estrés o situaciones difíciles, (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010) los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- 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 del 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 o alcanzar 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

Cuestionario de apoyo social (AS)

Los creadores del instrumento fueron Sherbourne y Cols en el año de 1991, es un cuestionario multidimensional y auto administrado, 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:

- Apoyo emocional: posibilidad de tener a alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- Apoyo material o instrumental: contar con ayuda doméstica.
- Apoyo afectivo: demostraciones de amor, cariño, simpatía y afecto.

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

Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como el EPQR-A de 24 ítems que evalúa la personalidad mediante cuatro factores:

- 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 el sujeto es neurótico o estable.

- Extraversión: puntuaciones altas supone un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio. Mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- Psicoticismo: las puntuaciones altas indican que el individuo presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad es decir un pensamiento duro.
- Sinceridad: evalúa la tendencia a emitir respuestas de desensibilización social, es decir se busca dar una buena impresión. Esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

**CAPITULO 3.
RESULTADOS**

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	N	%
Sexo				
Hombre	7.0	35.0	2.0	10.0
Mujer	13.0	65.0	18.0	90.0
Total de profesionales de la salud	20.0	50.0	20.0	50.0
Edad				
<i>M</i>	42.8		34.0	
<i>DT</i>	10.6		8.6	
Max	61.0		54.0	
Min	25.0		23.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.9		1.2	
<i>DT</i>	1.5		1.0	
Max	5.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	20.0	100.0	20.0	100.0
Blanco/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	3.0	15.0	8.0	40.0
Casado/a	15.0	75.0	10.0	50.0
Viudo/a	1.0	5.0	0.0	0.0
Divorciado/a	1.0	5.0	2.0	10.0
Unión libre	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Medina Medina Laura Esmerita

En la tabla 1, respecto a los datos obtenidos del personal médico, se obtuvo mayor participación por parte de las mujeres con el 65% y de hombres con el 35%, del mismo modo el personal de enfermería el 90% son mujeres y el 10% son hombres. El total de participantes son 50% médicos/as y 50% enfermeras/os; la edad promedio de las/os médicos/as es de 42.8 años; mientras que en las enfermeras/os la edad promedio es de 34 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 1.9; mientras que en el personal de enfermería es de 1.2. La etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza con un 100%. En relación estado civil, un 75% de los médicos son casados/as, el 50% de enfermeras son casadas y un 40% solteras.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0.0	0.0	0.0	0.0
1001 a 2000	0.0	0.0	20.0	100.0
2001 a 3000	20.0	100.0	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	16.4		8.0	
<i>DT</i>	11.4		7.2	
Max	36.0		27.0	
Min	3.0		1.0	
Sector en el que trabaja				
Público	20.0	100.0	20.0	100.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	0.0	0.0	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	2.0	10.0	4.0	20.0
Ocasional	8.0	40.0	2.0	10.0
Plazo fijo	3.0	15.0	1.0	5.0
Nombramiento	7.0	35.0	13.0	65.0
Servicios profesionales	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
Horas de trabajo diarias				
<i>M</i>	8.7		8.0	
<i>DT</i>	1.8		1.5	
Max	15.0		12.0	
Min	8.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	23.6		19.8	
<i>DT</i>	9.0		5.5	
Max	42.0		30.0	
Min	6.0		10.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	3.0	15.0	8.0	38.1
Mediadamente	13.0	65.0	13.0	61.9
Poco	4.0	20.0	0.0	0.0
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	0.0	0.0	20.0	100.0
No	20.0	100.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Medina Medina Laura Esmerita

En la tabla 2, en cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se pudo observar que la remuneración salarial en los médicos oscila entre 2001 a

3000 dólares, mientras que en las enfermeras la remuneración salarial oscila entre 1001 a 2000 dólares. En experiencia laboral del personal médico la media fue de 16.4 años, mientras que en el personal de enfermería fue de 8 años. El sector en el que laboran todos los participantes es el público. El tipo de contrato que prevaleció en los médicos es ocasional con 40%, mientras que en las enfermeras prevaleció el nombramiento con 65%. El número de horas diarias que trabajan los médicos es de 15 horas como máximo y 8 como mínimo, y en el caso de las enfermeras máximo 12 y mínimo 6 horas diarias. El número promedio de pacientes que atienden a diario los médicos /as es de 23.6 con una atención máxima de 42 y mínimo de 6, mientras que las enfermeras atienden a un promedio de 19.8 pacientes diarios, atendiendo a un máximo de 30 y mínimo 10 pacientes. Con respecto a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos/as en un 65% y las enfermeras en un 61.9% indican que medianamente el establecimiento les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo. Los médicos no trabajan en turnos, mientras que las enfermeras si lo hacen.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	3	15.0%
	Bastante	6	30.0%	12	60.0%
	Totalmente	13	65.0%	5	25.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	4	20.0%	8	40.0%
	Bastante	5	25.0%	7	35.0%
	Totalmente	11	55.0%	4	20.0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	4	20.0%
	Bastante	6	30.0%	9	45.0%
	Totalmente	12	60.0%	7	35.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	4	20.0%	0	0.0%
	Poco	4	20.0%	6	30.0%
	Bastante	6	30.0%	11	55.0%
	Totalmente	6	30.0%	3	15.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	0	0.0%
	Bastante	6	30.0%	2	10.0%
	Totalmente	11	55.0%	18	90.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	0	0.0%
	Bastante	5	25.0%	7	35.0%
	Totalmente	13	65.0%	13	65.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	6	30.0%	0	0.0%
	Poco	6	30.0%	2	10.0%
	Bastante	4	20.0%	13	65.0%
	Totalmente	4	20.0%	5	25.0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	4	20.0%
	Bastante	4	20.0%	10	50.0%
	Totalmente	13	65.0%	6	30.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	1	5.0%
	Bastante	7	35.0%	8	40.0%
	Totalmente	12	60.0%	11	55.0%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	4	20.0%	3	15.0%
	Bastante	6	30.0%	7	35.0%
	Totalmente	9	45.0%	10	50.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC
Elaborado por: Medina Medina Laura Esmerita

En la tabla 3, en referencia a la percepción que tienen los médicos del clima laboral el 65% sienten que son valorados por parte de sus pacientes y el 55% por los familiares. El 60% de los médicos participantes mencionan que se sienten valorados por sus compañeros de profesión, del mismo modo el 30% se siente totalmente valorados por parte de los directivos de la institución. Con respecto a la satisfacción que sienten por el trabajo el 55% se siente totalmente satisfecho, y el 65% se siente totalmente

satisfechos con la interacción con los pacientes, sin embargo el 30% de los profesionales se sienten poco satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución, en cuanto a la colaboración entre compañeros de trabajo el 65% indican sentirse totalmente satisfechos, sobre la valoración global de su experiencia profesional, el 60% indicó estar totalmente satisfechos de la misma forma el 45% mostró estar totalmente satisfechos por su situación económica.

En lo que se refiere a la percepción de las enfermeras el 60% manifestó sentirse bastante valoradas por sus pacientes, aunque el 40% se siente poco valoradas por los familiares de los pacientes, las enfermeras mencionan sentirse bastante valoradas por sus compañeros de profesión (45%) y por los miembros de la institución (55%). Con respecto a la satisfacción laboral, el 90% se sienten totalmente satisfechas, y el 65% se sienten totalmente satisfechas con la interacción con los pacientes, el 65% de las profesionales se sienten bastante satisfechas con el apoyo brindado por los directivos de la institución. En cuanto a la colaboración entre compañeros de trabajo el 55% están satisfechas, sobre la valoración global de su experiencia profesional, un 55% y por su situación económica el 50% indicaron estar totalmente satisfechas.

2. INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MASLACH BURNOUT INVENTORY [MBI]; MASLACH Y JACKSON, 1986)

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	6	30.0%	14	70.0%
	Medio	3	15.0%	3	15.0%
	Alto	11	55.0%	3	15.0%
Despersonalización	Bajo	13	65.0%	14	70.0%
	Medio	5	25.0%	2	10.0%
	Alto	2	10.0%	4	20.0%
Realización personal	Bajo	13	65.0%	13	65.0%
	Medio	6	30.0%	3	15.0%
	Alto	1	5.0%	4	20.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Medina Medina Laura Esmerita

En la tabla 4 se observa los datos referente al Inventario del Síndrome de burnout (MBI), en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos el 55% obtuvieron un nivel alto, mientras que el personal de enfermería tan solo el 15% puntuó un nivel alto; en despersonalización el 10% de los médicos puntuaron un nivel alto, mientras que las enfermeras el 20% de la muestra puntuaron alto; tanto el personal médico como las enfermeras mostraron un 65% en baja realización personal.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	20	100.0%	19	95.0%
	Presencia	0	0.0%	1	5.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Medina Medina Laura Esmerita

En la tabla 5, según los datos obtenidos en la aplicación del MBI el personal médico no reporta ningún caso de burnout, mientras que en la muestra del personal de enfermería se determinó un caso de burnout que representa el 5%.

3. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL [GHQ-28]

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	18	90.0%	16	80.0%
	Caso	2	10.0%	4	20.0%
Ansiedad	No caso	15	75.0%	18	90.0%
	Caso	5	25.0%	2	10.0%
Disfunción social	No caso	20	100.0%	20	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	19	95.0%	20	100.0%
	Caso	1	5.0%	0	0.0%

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

Elaborado por: Medina Medina Laura Esmerita

En la tabla 6, lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al instrumento aplicado fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos, con respecto a la escala de ansiedad existe una diferencia de 15 puntos puesto que el personal médico presenta esta sintomatología en un 25% y las enfermeras en un 10%; en la escala de síntomas somáticos la diferencia es menor médicos muestran un 10% y las enfermeras un 20%.

4. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF COPE-28)

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	.8	1.3	4.0	.0	1.1	1.7	5.0	.0
Afrontamiento activo	.7	1.5	5.0	.0	.8	1.6	6.0	.0
Negación	.6	1.3	4.0	.0	.4	1.1	4.0	.0
Uso de sustancias	.3	.8	3.0	.0	.2	.7	3.0	.0
Apoyo emocional	.8	1.6	5.0	.0	.3	.9	4.0	.0
Apoyo instrumental	.7	1.7	6.0	.0	.3	.7	3.0	.0
Retirada de comportamiento	.6	1.3	4.0	.0	.7	1.6	6.0	.0
Desahogo	.7	1.5	5.0	.0	.4	1.0	4.0	.0
Replanteamiento positivo	.6	1.3	4.0	.0	.5	.9	3.0	.0
Planificación	.5	1.1	4.0	.0	.8	1.6	6.0	.0
Humor	.5	1.2	4.0	.0	.3	1.2	5.0	.0
Aceptación	.7	1.4	4.0	.0	.9	1.8	6.0	.0
Religión	.6	1.5	5.0	.0	.9	1.8	6.0	.0
Culpa de si mismo	.5	1.4	5.0	.0	.5	1.1	3.0	.0

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).
Elaborado por: Medina Medina Laura Esmerita

En la tabla 7 se observa los datos en relación a las estrategias de afrontamiento, se encontró una media más alta en la muestra de médicos en: auto-distracción (8), afrontamiento activo (7), afrontamiento instrumental (7), y desahogo (7); mientras que en el personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen son: aceptación (9), religión (9), planificación (8) y afrontamiento activo (8).

5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (AS)

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	83.3	19.8	100.0	40.0	85.8	20.7	100.0	32.5
Apoyo instrumental	85.3	18.6	100.0	40.0	86.0	19.6	100.0	45.0
Relaciones sociales	84.3	20.7	100.0	40.0	88.5	18.1	100.0	40.0
Amor y cariño	90.3	18.2	100.0	46.7	91.5	16.5	100.0	40.0

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Medina Medina Laura Esmerita

En la tabla 8 se observa los datos de percepción de apoyo social, se puede verificar que la media más alta es amor y cariño con un valor de 90.3 para médicos y en el personal de enfermería un 91.5; luego se percibe la escala de apoyo instrumental para personal médico con una media de 85.3 y para enfermería 86; seguido por relaciones sociales con una media de 84.3 para el personal médico y enfermería con una media de 88.5; finalmente apoyo emocional para médicos la media es de 83.3 y para enfermería 85.8.

6. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD [EPQR-A]

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1.5	1.6	6.0	.0	1.6	1.6	6.0	.0
Extroversión	4.1	1.4	6.0	1.0	4.4	1.9	6.0	.0
Psicoticismo	1.3	.7	2.0	.0	1.1	1.1	3.0	.0

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

En la tabla 9 se observa los datos con respecto a rasgos de personalidad, se mostró que el rasgo de personalidad más alto en ambos grupos fue el de extroversión con una media de 4.4 para personal de enfermería y para médicos 4.1; seguido de neuroticismo para enfermería 1.6 y 1.5 para médicos; culminando con psicoticismo con una media de 1.3 para médicos y 1.1 para enfermería.

Tabla 10. Correlación entre neuroticismo y burnout y sus dimensiones.

	Neuroticismo		
	<i>R</i>	<i>P</i>	N
Burnout	.177	.310	36
Agotamiento emocional	.426**	.009	38
Despersonalización	.345*	.034	38
Realización personal	-.419**	.009	38

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

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

En la Tabla 10, se observa que no existe correlación significativa entre neuroticismo y burnout. Por otro lado, muestra que entre neuroticismo y agotamiento emocional existe una correlación muy significativa, $r(38) = .426$, $p = .009$. Lo que indica que a mayor presencia de neuroticismo en los encuestados mayor será su agotamiento emocional. Entre neuroticismo y despersonalización también existe una correlación significativa, $r(38) = .345$, $p = .034$. Por lo cual se determina que mayor presencia de neuroticismo en los profesionales de la salud mayor será su despersonalización. Finalmente, la relación entre neuroticismo y realización personal existe una correlación muy significativa entre estas variables, $r(38) = -.419$, $p = .009$. Por lo tanto, mientras mayor sea el rasgo de esta personalidad en los sujetos encuestados, menor será su realización personal.

CAPÍTULO 4.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo la finalidad de identificar la prevalencia del síndrome de burnout (SB) y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos/as y enfermeras/os en una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja. Para esto se plantearon algunos objetivos específicos que se desarrollarán a lo largo de este apartado.

En cuanto al **primer objetivo**, identificar la caracterización de la muestra sociodemográfico y laboral investigada. En relación a la variable género se conoce que en el personal médico son las mujeres las que tienen mayor participación con un 65%, del mismo modo en el personal de enfermería las mujeres alcanzan un 90% de participación. En la variable edad el promedio en los médicos/as es de 42.8 años, mientras que en el personal de enfermería es de 34 años, por otra parte el número promedio de hijos de los/as médicos/as es 1.9 y el de los enfermos/as es de 1.2; lo que está dentro del promedio del número de hijos de los ecuatorianos, y más específicamente de la región sierra de este país en donde el promedio es de 2.9 hijos por hogar; de acuerdo con la última encuesta de salud, nutrición, salud sexual y reproductiva (Ensanut, como se citó en Telégrafo, 2015). En cuanto a la etnia los dos grupos estudiados se definen como mestizos es decir el 100%, lo que concuerda con los datos del último censo de "población y vivienda" realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) en el 2010; finalmente lo concierne al estado civil, tanto en el personal médico como de enfermería en su mayoría están casados, teniendo así que en los médicos/as alcanzan un 75% mientras que los enfermeros/as un 50%, en este sentido se relaciona el estado civil con el síndrome de Burnout o con algunos de sus signos, debido a que estos últimos se manifiestan en relación a la percepción que tiene la persona, así como también al apoyo percibido y/o recibido de su red de apoyo inicial, compuesta por sus familiares y amigos. Además, se debe considerar que el agotamiento emocional y la despersonalización es más alta en las personas solteras que en las casadas o de alguna otra condición civil (Hernández Guzmán, Granada Bustos, & Carmona Ochoa, 2011). Al igual que la realización personal, es más alta en personas solteras que casadas, por lo que se puede explicar esto basándonos en las diversas formas de vida que tiene cada persona así como a su red social; se puede decir que las personas casadas aumentan su confianza al compartir sus experiencias con su pareja, evitando así la frustración y el bajo nivel de afrontamiento ante circunstancias adversas (Martínez Hidalgo, 2012).

En relación al **segundo objetivo**, determinar el estado de la salud mental de los profesionales de la salud, se puede decir que en la aplicación del Inventario del

Síndrome de Burnout (MBI), en la dimensión de agotamiento emocional; es más incidente en el personal médico, con un 55% a diferencia del personal de enfermería que alcanzan el 15%, así también en lo que refiere a despersonalización únicamente el 10% del personal médico obtuvo un alto porcentaje, mientras que las enfermeras sólo el 20% obtuvo alta puntuación, finalmente tanto el personal médico como el personal de enfermería un 65% mostró baja realización personal, basándonos en estos resultados se dice que el agotamiento emocional incluye sentimientos de impotencia e ineptitud, sensación de estar atrapado, falta de entusiasmo y energía, baja autoestima, lo que desemboca en una pérdida de la motivación para realizar actividades emocionalmente demandantes, lo que produce tedio o aburrimiento, aunque cabe recalcar que algunos autores hacen diferencia entre estos términos, señalando la presencia de uno u otro de estos dependiendo de la profesión u oficio que realice la persona (Martínez, 2010); teniendo así que las profesiones que no poseen características humanitarias, es decir que tengan poco o nulo contacto interpersonal tienden a desarrollar tedio o aburrimiento a lo largo de su carrera y de la ejecución de la misma, así lo señalan Faber (1983) y Pines et al. (1981).

Por lo tanto se puede diferenciar estos dos últimos del primero (que está relacionado con el Burnout), en que este es generado por distintas presiones emocionales, ya sean provocados por factores personales, laborales y ambientales, que puedan presentarse en su diario vivir, mientras que el tedio y/o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión, de alguna carencia de motivación o falta de innovación en su medio laboral y personal, de la misma manera Maslach y Jackson (1981), señalan que estos términos pueden llegar a presentarse conjuntamente si la causa de esto, se debe a la baja satisfacción laboral.

En relación al **tercer objetivo**, identificar el apoyo procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud, el 65% de los médicos sienten que son valorados por parte de sus pacientes y el 55% por los familiares, así también el 60% mencionan sentirse valorados por sus compañeros de trabajo, del mismo modo el 30% afirman sentirse totalmente valorados por parte de los directivos de la institución. En relación a la satisfacción laboral, el 55% se sienten totalmente satisfechos, y el 65% se sienten completamente satisfechos interactuando con los pacientes, por otra parte el 30% de los profesionales se sienten poco satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución.

En cuanto a la colaboración entre compañeros de trabajo el 65% afirman sentirse totalmente satisfechos, en relación a la valoración global de su experiencia profesional, el 60% indicó estar totalmente satisfechos de la misma forma el 45% mostró estar totalmente satisfechos por su situación económica, esta satisfacción se debe a que los turnos y horas de trabajo son distribuidos equitativamente, pese a las largas jornadas de trabajo aún queda tiempo para descansar, esto sumado a la remuneración económica influye en el bienestar del personal médico.

Por otra parte, en lo que respecta a la percepción del personal de enfermería el 60% manifestó sentirse bastante valoradas por sus pacientes, aunque el 40% se siente poco apreciadas por los familiares de los pacientes, el 45% de este personal menciona sentirse muy valoradas por sus compañeros de profesión y otro 55% por los miembros de la institución. Con respecto a la satisfacción laboral, el 90% afirman sentirse satisfechas, y el 65% se sienten completamente satisfechas en la interacción con los pacientes, otro 65% de las profesionales se sienten bastante satisfechas con el apoyo brindado por los directivos de la institución. En cuanto a la colaboración entre compañeros de trabajo el 55% indican sentirse bastante satisfechas, por otra parte en la valoración general de su experiencia profesional un 55% se sienten cómodos con su trabajo, finalmente por su situación económica el 50% indicaron estar totalmente satisfechas. El apoyo social se considera un factor importante en esta investigación puesto que de cierto modo ayuda a prevenir el síndrome de Burnout, este se define según House (1981) como una transacción real entre dos o más personas, esta interacción tiene una implicación emocional (como se citó en Jiménez Figueroa, Jara Gutiérrez, y Miranda Celis, 2012), lo cual representa un instrumento de ayuda entre emisor y receptor fortaleciendo así la seguridad en sí mismo y en los demás así como el autoconcepto, debido a la conexión que establecen, al sentirse escuchados y comprendidos. Así también Pérez y Martín (2004), señalan que este factor posee la capacidad de mitigar o amortiguar el impacto del estrés laboral sobre la salud mental y física de o los individuos.

En base al **cuarto objetivo**, conocer los modos de afrontamiento ante las situaciones adversas de los profesionales de la salud en los resultados se puede apreciar una media más alta en la muestra de médicos en: auto-distracción (8), afrontamiento activo (7), afrontamiento instrumental (7), y desahogo (7); mientras que en el personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen son: aceptación (9), religión (9), planificación (8) y afrontamiento activo (8). El afrontamiento según Gil-Monte (2003), es una estrategia que emplea una persona para hacer frente a las

situaciones estresantes dentro del plano laboral lo que podría de cierta forma predisponer o no la presencia de este síndrome antes mencionado, así también se menciona que las estrategias que están centradas en la emoción pueden predisponer la aparición del SB, mientras que las que están dirigidas al problema, se convierten en factores protectores (Baron y Kenny, 1986, como se citó en (Montoya Zuluaga & Moreno Moreno, 2012).

Estas estrategias de afrontamiento son recursos emocionales, cognitivos y conductuales que utilizan las personas frente a situaciones estresantes, es así que Lazarus y Folkman (1986), afirman la existencia de tres tipos de afrontamiento: **Afrontamiento cognitivo:** permite dar un nuevo significado a los distintos sucesos y hacerlo menos desagradable. **Afrontamiento conductual:** se basa en conductas que confrontan la realidad para poder manejar las consecuencias futuras.

Afrontamiento afectivo: es un pilar fundamental puesto que regula las emociones para mantener un equilibrio afectivo.

El afrontamiento está relacionado con un proceso de interacción social en el que surgen diversas situaciones, entre estas las que generan ansiedad y estrés, frente a estas el sujeto intenta resistir y superar las demandas excesivas para adaptarse a una nueva situación y restablecer el equilibrio (Rodríguez Pastor y López, 1993; Krzemien, Urquijo y Monchietti, 2004) (como se citó en Montoya Zuluaga y Moreno Moreno, 2012)

Finalmente, en lo que corresponde al **quinto objetivo**, identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud que se han identificado con el burnout, se debe poner en marcha estrategias de afrontamiento que motiven a los profesionales a cumplir exitosamente sus tareas laborales, también es importante señalar que estas estrategias están íntimamente ligadas a los diferentes tipos de personalidad (Mischel, 2004).

Y es que la personalidad, los constructos y los rasgos de la misma desempeñan un papel importante al momento de prevenir o predisponer al individuo a una patología mental, debido a que esta componente elemental le brinda a la persona una serie de herramientas que puede emplear al momento de enfrentar las diversas y continuas demandas laborales, es por esto que se dice que la personalidad puede ser un predictor en el desarrollo del SB. Hernández y Dickinson (2006) mencionan que las características de personalidad son protectoras para el desarrollo del SB, debido a que

los resultados de sus estudios sugieren que las personas con alta autoeficacia y locus de control interno no presentan sintomatología del SB, mientras que las que tienen un bajo control emocional, son altamente vulnerables a presentar en algún momento de su vida SB.

En relación a esto Carver et al. (1989), manifiestan que la personalidad de tipo A, que posee características de alto nivel de compromiso con el trabajo, saben emplear estrategias dirigidas a solucionar problemas, es por esto que planifican el tiempo y la dedicación que emplearan a sus actividades laborales, este tipo de personalidad enfrenta los problemas, su actitud ante ellos es de aceptación, además reinterpretan las situaciones adversas de manera positiva, teniendo gran capacidad de adaptación ante cualquier situación (como se citó en Montoya Zuluaga y Moreno Moreno, 2012).

CONCLUSIONES:

- Se puede concluir que en el desarrollo de este trabajo investigativo son las mujeres las que tienen mayor participación, en cuanto a la edad promedio, el personal médico alcanza mayor edad que el personal de enfermería. El estado civil refiere que la mayoría de participantes de estos dos grupos son casados, así mismo en relación con el número de hijos mostraron estar dentro del promedio general esperado para su población, los dos grupos se reconocen en su mayoría como mestizos.
- En cuanto a el estado de salud mental de los profesionales de salud se concluye que el agotamiento emocional es más prevalente en el personal médico, en cambio la despersonalización está más incidente en el personal de enfermería, finalmente estos dos grupos estudiados mostraron tener una baja realización personal, obteniendo un caso de burnout en el personal de enfermería debido a su mayor implicación con los pacientes.
- La mayoría del personal médico como de enfermería se siente valorado, apreciado y apoyado por su red social, (familiares, pacientes, compañeros y directivos) logrando así una alta satisfacción laboral y un óptimo desempeño en su tareas.
- Por otra parte, en relación a los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud, se concluye que ambos grupos muestran distintas estrategias de afrontamiento, siendo la más alta en el personal médico la auto-distracción y en el personal de enfermería las estrategias aceptación y religión son las que predominan, estrategias que se manifiestan ante situaciones difíciles, pero que todas estas son altamente eficaces para evitar así la aparición del SB.
- Finalmente el rasgo de personalidad de los profesionales que se identificaron con el SB, más frecuente es el neuroticismo, esto predispone a mayor agotamiento emocional, despersonalización y por ende baja realización personal, enfatizando así que este rasgo es un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda a los directivos de las instituciones crear espacios para que los profesionales tanto; médicos como enfermeros/as puedan compartir actividades que les evite el agotamiento, físico, mental y emocional.
- A los profesionales de la salud mantener su red principal de apoyo y establecer vínculos interpersonales estrechos ya sea con amigos y/o familiares en donde exista confianza y de esta manera no tener cargas emocionales que deriven en problemas de carácter mental.
- En vista de los resultados obtenidos, se recomienda que los profesionales de la salud asistan a talleres de afrontamiento que les serán útiles para su desenvolvimiento laboral, y prevención del Síndrome de Burnout.
- Finalmente en caso de existir el Síndrome de Burnout en la institución, se recomienda a los directivos asistir de manera adecuada al personal, salvaguardando la integridad de estos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA:

Albee, J. (2000) American Psychiatric Association. (Diagnostical and Statistical Manual of mental disorders (3a. ed. rev.). Washington D.C., EE.UU: American Psychiatric Association pag 22- 25.

Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El síndrome de Burnout o desgaste emocional (II). Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental.

Buunk y Schaufeli (1993). La salud mental y sus cuidados: El estrés en la vida cotidiana, Salud Mental. (2a. Ed.) España: Ediciones Universidad de Navarra, págs. 33-38.

Cherniss (1980) La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. (3a ed.) Madrid: España: Editorial MASSON. pág. 28-33.

Cox, Kuk y Leiter (1993) retos de las organizaciones del Tercer Sector Social en el welfare-mix: implatación de la calidad y compromiso organizativo. Tesis doctoral, Universidad de La Rioja.

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980): Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions . New York: Human Science Press

Faber (1983) y Pines et al (1981): estado mental de los profesionales de la salud. (3ª ed.) Madrid: España: editorial Masson. 40-45.

Firth R (1994) Quemados: El síndrome de Burnout (1a. ed.). Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, págs. 203 - 210.

Figley (1981) El síndrome de Burnout o el desgaste profesional. Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría, N° 39. España. pág. 9 -12.

Forbes A (2011) Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (4ª. Ed) Barcelona: editorial Paidós, pags. 300-305.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1986) calidad de vida de los profesionales de la salud: previniendo el síndrome del "Burnout"; Agenda Salud, (Nº24), pág. 1-8.

Golembiewski y cols (1986) calidad de vida de los profesionales de la salud: previniendo el síndrome del "Burnout"; Agenda Salud, (Nº24), pág. 1-10.

Gutiérrez A. Vásquez R,(2007.)Revista de Psicología Científica. El síndrome de quemarse por el trabajo. Universidad de Valencia- España. Editorial MASSON. Pág.12-18

Harrison L (1983): Estrés Laboral y Salud. Madrid: editorial Chiado pág. 19-22

House R (1981) Estudio sobre la Escala de Estilos de Afrontamiento. Revista Electrónica de Motivación y Emoción Departamento de Psicología Básica II. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España. Volumen: 3 pág.35 -39

Hobfoll y Fredy (1993) Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia. Revista de Salud Pública, Vol. 8 pág. 63-73.

Leiter L (1989) El Burnout como síndrome específico Madrid: Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid Editorial Paidós Ibérica, págs. 208- 210

López Rosetti. D. (2001). Estrés: Programa de auto diagnóstico y tratamiento del estrés. 2da. ed. Buenos Aires: Editorial Lumen. Págs. 21-27.

Meier, S. (1. 984): "Toward a theory of burnout", en mcCreynolds, J. (Comp): Advances in psychology assessment. EEUU.

Menezes de Lucena, V. A., Fernández Calvo, B., Hernández Martín, L., Ramos Campos, F. y Contador Castillo, I. (2006). "Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos", Psicothema, vol.18, pág. 791-796.

- Mingote, J.C. (1998): "Síndrome Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional". Formación médica continuada. (Versión electrónica) Vol. 5, pág. 493.
- Moreno Jiménez Bernardo, R. Pedro. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo Colombia editorial Melibea pág. 43- 48
- Repeti A (1989 burnout y estrategias de afrontamiento. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Buenos Aires República Argentina.
- Serrano M (2002). La educación para la salud del siglo XXI. 2ª Edición. Madrid España: Editorial Díaz de Santos. págs. 200- 205
- Pines A, (1993) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): Grupos Profesionales de Riesgo. España: Editorial Pirámide, pag 342.
- Thompson, page y cooper (1993) Síndrome del Desgaste Profesional en el personal de Enfermería del Hospital General de Pachuca. Revista Científica Electrónica de Psicología, Núm. 2, pág. 84-103.
- Winnubst (1993) La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo Madrid editorial Bohodón pág. 122- 125.
- Hernández Guzmán, J. T., Granada Bustos, P. A., & Carmona Ochoa, J. J. (2011). POSIBLES INDICADORES DEL SÍNDROME DE BURNOUT, EN 18 OPERARIOS DE UNA DISTRIBUIDORA DE GLP DE LA CIUDAD DE ARMENIA. *Negotium*, 28 - 32.
- Jiménez Figueroa, A., Jara Gutiérrez, M., & Miranda Celis, E. (junio de 2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 126 - 130. Recuperado el 16 de mayo de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/13.pdf>
- Martínez , A. (septiembre de 2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*(112), 25 - 27. Recuperado el 15 de mayo de 2017, de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/burnout%20(1).pdf
- Martínez Hidalgo , M. H. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el personal de médicos y enfermeras del Hospital "Luis Vernaza" de la ciudad de Guayaquil*. Recuperado el 15 de mayo de 2017, de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/BURNOUTTTTTTTTTTTTTTTTTTTTT%20(1).pdf

Montoya Zuluaga, P. A., & Moreno Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe*, 29, 207 - 210. Recuperado el 16 de mayo de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a11.pdf>

Telégrafo, E. (22 de abril de 2015). Las ecuatorianas tienen ahora menos hijos: un promedio de 3 por hogar. *El Telégrafo*.

ANEXOS.



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno Si No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

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.

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.

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

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

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

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>

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.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

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).