



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en un Hospital de servicio público en el sector sur de la ciudad de Guayaquil, durante el año 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Vaca Oramas, Anabel del Rocío

DIRECTORA: Torres Montesinos, Claudia, Ph.D.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

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>

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Claudia Torres Montesinos.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en un Hospital de servicio público en el sector sur de la ciudad de Guayaquil, realizado por Vaca Oramas Anabel del Rocío, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Agosto de 2017

f.....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Vaca Oramas Anabel del Rocío declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en un Hospital de servicio público en el sector sur de la ciudad de Guayaquil, de la Titulación de Psicología siendo Claudia Torres Montesinos 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: Vaca Oramas Anabel del Rocío

Cédula 0702795824

DEDICATORIA

A Ricardo, mi esposo, por el amor que le profeso y por lo que inspira en mí.

A mis hijos Anaís, Ricardo y Josué, por ser parte de mí.

A mis padres por enseñarme a luchar por mis objetivos y no rendirme.

AGRADECIMIENTO

A Dios, mediante su Espíritu Santo, quien me da su luz en todo mi camino.

A la Universidad Técnica Particular de Loja por ser la pionera con este sistema de educación, Modalidad Abierta y a Distancia, brindando la oportunidad a los que deciden ser más, prepararse y obtener su profesión, a sus directivos y tutores que son el vínculo con los estudiantes.

A la Institución de servicio hospitalario, quienes me facilitaron la oportunidad de recolectar la información necesaria para la realización del trabajo de titulación y a todos los profesionales de la salud que me brindaron su tiempo y ayuda.

A mí amado Ricardo, compañero de vida, por su apoyo incondicional y motivación permanente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO	5
1.1 Conceptualización del Estrés	6
1.1.1 Antecedentes del estrés.....	6
1.1.2 Desencadenantes del estrés	7
1.1.3 Tipos de estresores	8
1.1.4 Estrés laboral.	8
1.1.5 Moduladores del estrés	9
1.1.6 Consecuencias del estrés.....	10
1.1.7 Medidas preventivas y control del estrés.....	11
1.2 Conceptualización del Burnout.....	11
1.2.1 Definición del burnout.....	11
1.2.2 Delimitación histórica del síndrome de burnout.....	12
1.2.3 Poblaciones propensas al burnout.....	13
1.2.4 Fases y desarrollo del síndrome de burnout.....	14
1.2.5 Características, causas y consecuencias del burnout.....	14
1.2.6 Modelos explicativos del síndrome de burnout.....	15
1.2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.....	19
1.3 Conceptualización de las Variables de la Investigación.	20
1.3.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	20
1.3.2 Burnout y la relación con la salud mental	22
1.3.3 Burnout y el afrontamiento	25
1.3.4 Burnout y la relación con el apoyo social.....	28
1.3.5 Burnout y la relación con la personalidad.....	31

CAPITULO 2: METODOLOGÍA.....	34
2.1 Objetivos.....	35
2.1.1 General.....	35
2.1.2 Específicos.....	35
2.2 Preguntas de investigación:.....	35
2.3 Diseño de la investigación:	36
2.4 Contexto.....	37
2.5 Población o muestra.....	37
2.6 Instrumentos	38
2.6.1 Métodos.....	40
2.6.2 Procedimiento	40
CAPÍTULO 3: ANALISIS DE DATOS.....	41
3.1 Resultados obtenidos, Análisis e Interpretación	42
3.1.1 Características sociodemograficas de los profesionales de la salud.....	42
3.1.2 Características laborales de los profesionales de la salud.....	46
3.1.3 Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.....	51
3.1.4 Análisis de resultados del cuestionario MBI.....	60
3.1.5 Resultados del cuestionario de salud general (GHQ-28).....	62
3.1.6 Análisis de resultados del cuestionario (BRIEF-COPE).....	65
3.1.7 Análisis de resultados del cuestionario de apoyo social (MOS).....	66
3.1.8 Análisis de resultados de personalidad (EPQR).....	67
3.2 Discusión de los resultados obtenidos.....	68
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico N°1 Modelo Tridimensional del MBI-HSS.....	16
Gráfico N°2 Modelo de Edelwich y Brodsky.....	17
Gráfico N°3 Modelo de Price y Murphy (1984).....	18
Tabla N°1.Género: médicos sin Burnout.....	42
Tabla N°2.Género: médicos con Burnout.....	43
Tabla N°3.Género: enfermeras sin Burnout.....	43
Tabla N°4 Estado civil: médicos sin Burnout.....	44
Tabla N°5 Estado civil: médicos con Burnout.....	44
Tabla N°6 Estado civil: enfermeras sin Burnout.....	44
Tabla N°7 Etnia: médicos sin Burnout.....	45
Tabla N°8 Etnia: médicos con Burnout.....	45
Tabla N°9 Etnia: enfermeras sin Burnout.....	45
Tabla N°10 Valor salarial: médicos sin Burnout.....	46
Tabla N°11 Valor salarial: médicos con Burnout.....	46
Tabla N°12 Valor salarial: enfermeras sin Burnout.....	47
Tabla N°13 Sector de trabajo: médicos sin Burnout.....	47
Tabla N°14 Sector de trabajo: médicos con Burnout.....	47
Tabla N°15 Sector de trabajo: enfermeras sin Burnout.....	48
Tabla N°16 % de Pacientes diarios atendidos: médicos sin Burnout.....	48
Tabla N°17 % de Pacientes diarios atendidos: médicos con Burnout.....	49
Tabla N°18 % de pacientes diarios atendidos: enfermeras sin Burnout.....	49
Tabla N°19 Recursos necesarios: médicos sin Burnout.....	50
Tabla N°20 Recursos necesarios: médicos con Burnout.....	50
Tabla N°21 Recursos necesarios: enfermeras sin Burnout.....	50
Tabla N°22 Valoración de los pacientes: médicos sin Burnout.....	51
Tabla N°23 Valoración de los pacientes: médicos con Burnout.....	51
Tabla N°24 Valoración de los pacientes: enfermeras sin Burnout.....	51

Tabla N°25 Valoración de los familiares: médicos sin Burnout.....	52
Tabla N°26 Valoración de los familiares: médicos con Burnout.....	52
Tabla N°27 Valoración de los familiares: enfermeras sin Burnout.....	52
Tabla N°28 Valoración de los colegas: médicos sin Burnout.....	53
Tabla N°29 Valoración de los colegas: médicos con Burnout.....	53
Tabla N°30 Valoración de los colegas: enfermeras sin Burnout.....	53
Tabla N°31 Valoración de los directivos: médicos sin Burnout.....	54
Tabla N°32 Valoración de los directivos: médicos con Burnout.....	54
Tabla N°33 Valoración de los directivos: enfermeras sin Burnout.....	54
Tabla N°34 Satisfacción con el trabajo: médicos sin Burnout.....	55
Tabla N°35 Satisfacción con el trabajo: médicos con Burnout.....	55
Tabla N°36 Satisfacción con el trabajo: enfermeras sin Burnout.....	55
Tabla N°37 Satisfacción con la interacción con los pacientes: médicos sin Burnout....	56
Tabla N°38 Satisfacción con la interacción con los pacientes: médicos con Burnout..	56
Tabla N°39 Satisfacción con la interacción con los pacientes: enfermeras sin Burnout.....	56
Tabla N°40 Satisfacción con el apoyo de los directivos: médicos sin Burnout.....	57
Tabla N°41 Satisfacción con el apoyo de los directivos: médicos con Burnout.....	57
Tabla N°42 Satisfacción con el apoyo de los directivos: enfermeras sin Burnout.....	57
Tabla N°43 Satisfacción de la experiencia laboral: médicos sin Burnout.....	58
Tabla N°44 Satisfacción de la experiencia laboral: médicos con Burnout.....	58
Tabla N°45 Satisfacción de la experiencia laboral: enfermeras sin Burnout.....	58
Tabla N°46 Satisfacción económica: médicos sin Burnout.....	59
Tabla N°47 Satisfacción económica: médicos con Burnout.....	59
Tabla N°48 Satisfacción económica: enfermeras sin Burnout.....	59
Tabla N°49 Agotamiento emocional: médicos sin Burnout.....	60
Tabla N°50 Agotamiento emocional: médicos con Burnout.....	60
Tabla N°51 Agotamiento emocional: enfermeras sin Burnout.....	60
Tabla N°52 Despersonalización: médicos sin Burnout.....	61

Tabla N°53 Despersonalización: médicos con Burnout.....	61
Tabla N°54 Despersonalización: enfermeras sin Burnout.....	61
Tabla N°55 No realización personal: médicos sin Burnout.....	61
Tabla N°56 No realización personal: médicos con Burnout.....	61
Tabla N°57 No realización personal: enfermeras sin Burnout.....	62
Tabla N°58 Síntomas psicósomáticos: médicos sin Burnout.....	62
Tabla N°59 Síntomas psicósomáticos: médicos con Burnout.....	62
Tabla N°60 Síntomas psicósomáticos: enfermeras sin Burnout.....	63
Tabla N°61 Ansiedad: médicos sin Burnout.....	63
Tabla N°62 Ansiedad: médicos con Burnout.....	63
Tabla N°63 Ansiedad: enfermeras sin Burnout.....	63
Tabla N°64 Disfunción social: médicos sin Burnout.....	64
Tabla N°65 Disfunción social: médicos con Burnout.....	64
Tabla N°66 Disfunción social: enfermeras sin Burnout.....	64
Tabla N°67 Depresión: médicos sin Burnout.....	64
Tabla N°68 Depresión: médicos con Burnout.....	64
Tabla N°69 Depresión: enfermeras sin Burnout.....	64
Tabla N°70 Afrontamiento: médicos sin Burnout.....	65
Tabla N°71 Afrontamiento: médicos con Burnout.....	65
Tabla N°72 Afrontamiento: enfermeras sin Burnout.....	65
Tabla N°73 Apoyo social: médicos sin Burnout.....	66
Tabla N°74 Apoyo social: médicos con Burnout.....	66
Tabla N°75 Apoyo social: enfermeras sin Burnout.....	66
Tabla N°76 Personalidad: médicos sin burnout.....	67
Tabla N°77 Personalidad: médicos con Burnout.....	67
Tabla N°78 Personalidad: enfermeras sin Burnout.....	67

RESUMEN

El presente estudio sirvió para identificar el Síndrome de Burnout y sus factores relacionados, en los profesionales de la salud en un hospital de servicio público, ubicado en el sector sur de la ciudad de Guayaquil, proporcionando evidencia empírica. Esta investigación es de tipo cuantitativa, no experimental, transaccional y descriptiva.

Se seleccionó para la muestra 30 profesionales de la salud. Para la recolección de información se aplicó una batería de instrumentos, entre ellos el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), en donde se obtuvo los siguientes resultados: 10 % de los profesionales presentaron niveles altos respecto a la dimensión de agotamiento emocional y 3% en la dimensión de despersonalización, logrando así identificar en la muestra estudiada un caso con síndrome de Burnout, en el grupo de médicos.

Se pudo evidenciar según los resultados registrados que los profesionales de la salud, poseen como variables protectoras el apoyo social y un estilo de afrontamiento positivo ante situaciones de estrés, minimizando así la incidencia del agotamiento emocional.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, factores relacionados, profesionales de la salud, agotamiento emocional, despersonalización, cuestionario MBI.

ABSTRACT

The present study had the main objective to identify Burnout Syndrome and its related factors in health professionals in a public service hospital, located in the southern sector of the city of Guayaquil, providing empirical evidence. This research is quantitative, non-experimental, transactional and descriptive.

The sample was selected for 30 health professionals. For data collection, a group of instruments was applied, including the Maslach Burnout Inventory (MBI), where the following results were obtained: 10% of the professionals had high levels of emotional exhaustion and 3% in the dimension of depersonalization, thus identifying in the sample studied a case with Burnout syndrome in the group of doctors.

According to the recorded results, it was possible to be evidenced that health professionals have, as protective variables, social support and a style of positive coping in situations of stress, thus minimizing the incidence of emotional exhaustion.

KEYWORDS: Burnout Syndrome, related factors, health professionals, emotional exhaustion, depersonalization, Maslach Burnout Inventory questionnaire (MBI)

INTRODUCCIÓN

La OMS manifiesta que la salud de los trabajadores está condicionada no sólo por los peligros laborales sino también por factores sociales, individuales y por el acceso a los servicios de salud, destacando que la salud de los trabajadores es un requisito fundamental de la productividad y el desarrollo económico (OMS, 2007,p.3).

El presente trabajo consiste en identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud de un hospital de servicio público y determinar si hay factores relacionados que influyen en la aparición del síndrome.

Se fundamenta en la concepción teórica expresada en tres capítulos. En el primer capítulo se considera oportuno describir la definición de estrés, con la finalidad de distinguirlo de la definición de Burnout. En la actualidad la definición más completa proviene de Pereyra (2010) quien dice: “el término estrés de origen anglosajón significa: presión, tensión, coacción” (Citado en González y González, 2012, p.36).

A tenor de todas las investigaciones y análisis efectuados, se evidencia la connotación negativa dada al término “estrés”, el cual, sin embargo, debería ser considerado como el motor que impulsa a nuestro organismo a dar respuesta a los estímulos y requerimientos de su entorno.

Existen estresores psicosociales internos y externos, estresores que pueden ser calificados como una exigencia, situación o circunstancia que alteran el equilibrio del individuo e inducen a iniciar las respuestas para controlar o aminorar dicho estrés; si los estresores y los resultados del proceso de estrés que amenazan el bienestar del individuo no pueden ser eliminados o controlados, se originan las consecuencias del estrés laboral.

En el segundo capítulo, consta la delimitación histórica del Síndrome de Burnout, su naturaleza, causas, consecuencias, evolución, síntomas, estrategias de prevención -tratamiento y población de alto riesgo, es decir se considera una visión general de este síndrome.

El Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), es una respuesta al estrés laboral crónico; cabe señalar que el SQT tiene su origen en el entorno de trabajo y no en el trabajador. Entre los investigadores no existe consenso sobre qué es y cómo progresa el SQT, aunque si está consensuado que, siendo una respuesta al estrés laboral crónico, tiene una alta incidencia en los profesionales del sector de servicios.

En el tercer capítulo se analiza el contexto de la investigación, utilizando las variables relacionadas que permitirán determinar si éstas podrían estar asociadas a una mayor incidencia de riesgo de desarrollar el SQT.

Independiente de los diferentes estudios de campo, este síndrome es un proceso que llega a quemar o agotar a una persona impidiendo que haga eficazmente su trabajo, de ahí la importancia que tiene la investigación para el bienestar de los integrantes de una institución, así como para los usuarios de la misma.

Gracias a la apertura y al apoyo prestado por parte de la directora de un Hospital de servicio público de Guayaquil, se procedió a explicar el objetivo y la finalidad del trabajo de investigación, así como el beneficio de la participación y el compromiso de que los datos serán manejados con absoluta confidencialidad, logrando su aceptación y participación, con lo que se logró el objetivo planteado de identificar la prevalencia o no del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de dicha institución hospitalaria.

Se diseñó una investigación no experimental, empírica y descriptiva, para lograr identificar el Síndrome de Burnout en una población de 30 profesionales de la salud de un Hospital de servicio público, 15 Médicos y 15 Licenciados en Enfermería, para así poder determinar la incidencia de factores relacionados al SQT. Se aplicaron cuestionarios auto administrados, como el Maslach Burnout Inventory (MBI), y para las variables relacionadas, los cuestionarios sociodemográfico y laboral, salud general (GHQ-28), de afrontamiento (BRIEF-COPE), de apoyo social (AS) y el de personalidad (EPQR-A).

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Estrés

1.1.1 Antecedentes del Estrés

Hacemos mención a un referente histórico en este tema, al austrohúngaro Hans Selye (1907-1982), naturalizado canadiense, quien concibió por mera casualidad la idea del Síndrome de Adaptación General (SAG), también conocido como síndrome del estrés, sobre el cual escribió por primera vez en 1936, describiéndolo en un primer momento como un proceso bajo el cual el cuerpo confronta un “agente nocivo”, haciendo énfasis en que se trata de un estado interno del individuo. Pero ya en la década de los 80s, Selye utilizó el término estrés para referirse a las condiciones externas que originan los cambios internos.

Al respecto, Gerald Gabriel (2008) sostiene:

Las ideas novedosas de Selye acerca del estrés ayudaron a forjar un campo enteramente nuevo de la medicina -el estudio del estrés biológico y sus efectos-, que afloró en la primera mitad del siglo XX, para incluir el trabajo de cientos de investigadores; es una ciencia que continúa avanzando en la actualidad especialmente al demostrar la conexión del estrés con la enfermedad y descubriendo nuevos métodos para ayudar al cuerpo a lidiar con el agotamiento de la vida. El modelo de Selye se centra básicamente en los correlatos biológicos, fisiológicos y psicosomáticos de la respuesta ante el estrés.

Según Richard Lazarus (citado en Sincero, 2012)

El estrés es un proceso de doble vía; implica la producción de factores de estrés por parte del ambiente y la respuesta de una persona sometida a estos factores. Su idea del estrés condujo a la elaboración del modelo de la evaluación cognitiva... la evaluación cognitiva cuando una persona toma en cuenta dos factores principales que influyen mayormente en su respuesta al estrés. Estos dos factores abarcan: 1. La tendencia amenazadora del estrés en el individuo, y 2. La evaluación de los recursos necesarios para minimizar, tolerar o eliminar los factores de estrés y el estrés que ellos producen.

Es bien sabido que el estrés no sólo tiene efectos negativos sobre el individuo; por el contrario, también tiene efectos positivos. De hecho, en la literatura se distingue entre el estrés negativo (distress) y el estrés positivo (eustress). En multitud de ocasiones en la vida, incluido en el ambiente laboral, es necesario experimentar determinados niveles de estrés

para que el organismo funcione de manera adecuada. La indolencia en el entorno laboral puede originar un aumento de accidentes por la disminución de la atención del individuo y la lentitud de sus reflejos. Así mismo, están reconocidos los efectos beneficiosos de la adrenalina y otros neurotransmisores que se liberan en situaciones de estrés, siempre y cuando sus niveles sean moderados y no se cronifiquen excesivamente en el tiempo (Gil-Monte, 2011, p.42).

Es necesario estas delimitaciones para poder diferenciar entre los siguientes términos: el estrés por un lado el estrés laboral asociado con el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) por el otro. De esta manera, nos apoyamos en una conceptualización clara y completa del estrés que proviene de Pereyra (2010) leída en una publicación (González y González, 2012): “el término stress, es de origen anglosajón, significa tensión, presión, coacción. Así por ejemplo, to be under stress se puede traducir como “sufrir una tensión nerviosa”. Este autor identifica cinco modelos o enfoques diferentes: los enfoques fisiológicos y bioquímicos que acentúan la importancia en la respuesta orgánica, centrándose en los procesos internos del sujeto; las orientaciones psicológicas y sociales que hacen hincapié en el estímulo y la situación generadora del Estrés, focalizándose en el agente externo; otro enfoque que tiende a superar la dicotomía externo-interno, acentuando la interrelación y los proceso mediadores o transaccionales; un nuevo enfoque centrado en la calidad o naturaleza del Estrés, que hace diferencia entre distrés y eutrés; y por último un enfoque que integra un conjunto de variables permitiendo un modelo multimodal con una visión comprensiva más amplia y abarcadora del tema (González y González, 2012).

1.1.2 Desencadenantes del Estrés

En general, puede decirse que existen dos grandes fuentes fundamentales del estrés. En primer lugar, están los agentes estresantes que provienen de circunstancias externas como el ambiente, la familia, el trabajo, el estudio, entre otras. En segundo lugar, se encuentra el estrés producido por la persona misma, es decir, por sus propias características de personalidad y por su forma particular de enfrentar y solucionar los problemas (Naranjo, 2009).

Según Bensabat (citado en Naranjo, 2009)

Los factores de estrés no siempre son conocidos, y puede que sean desconocidos, subestimados, inconscientes y descubiertos solamente después de un diálogo o un análisis. Las angustias, las fobias y las obsesiones son causas de estrés. Su origen es con frecuencia inconsciente y va unido a antiguos traumatismos físicos o psico-afectivos. Los

trastornos mentales, las depresiones y la neurosis son a la vez una fuente de estrés y el resultado de situaciones causantes de este, las cuales pueden ser conscientes o generalmente inconscientes y se remontan hasta la infancia. La frustración, estar pendiente constantemente de un asunto, el temor, el recelo, el sentimiento de insatisfacción, la ausencia de motivación y de sentido de la vida son otras causas con frecuencia de origen inconsciente y responsables de una tensión psicológica constante. Diferentes autores asocian los distintos tipos de afrontamiento al estrés de acuerdo con las diferencias en los rasgos de personalidad.

1.1.3 Tipos de Estresores

Por estresor se entiende el agente interno o externo (estímulo) que, producto de factores cognitivos y perceptuales, la persona evalúa y conceptualiza en términos de las relaciones propias con los eventos, y provoca una respuesta de estrés. En este sentido, todo suceso, situación o persona que encontramos en nuestro medio externo puede ser un estresor; aunque abundan los estresores potenciales, los estresores reales son mucho menos numerosos (Durán, 2010).

De acuerdo a lo indicado los estresores pueden venir de los estímulos del ambiente físico, del propio cuerpo como el dolor, de los estresores mentales relacionados a lo interno de cada individuo y los de tipo social donde los conflictos interpersonales son los factores más frecuentes. Una situación de estrés es distinta en cada persona, lo que para una le estresa para otra no, esto depende de la parte biológica y psicológica de cada individuo.

1.1.4 Estrés Laboral

Ampliando el concepto de Estrés para ubicarlo en un contexto específico, entendemos por Estrés Laboral un desequilibrio percibido entre las demandas laborales y la capacidad de control, aspiraciones de la persona y la realidad de sus condiciones de trabajo que generan y una reacción individual congruente con la percepción del estresor laboral. Es, entonces, una reacción individual del trabajador/a ante una situación relacionada con su entorno (Durán, 2010).

Por lo tanto ante una situación relacionada al entorno, demandas laborales y la reacción individual hacia la percepción del estresor, hace que el estrés laboral sea complejo de evaluar ya que existen variables que hay que establecer y como se relacionan estas en el tiempo.

1.1.5 Moduladores del Estrés

Entre las variables moduladoras del estrés encontramos las de personalidad o disposicionales, sociables y situacionales resumidas en Urcelay (2011) sostiene lo siguiente:

Variables moduladoras de personalidad o disposicionales

Las variables moduladoras afectan la dirección y/o fuerza de la relación entre una variable independiente o predictoras y una dependiente o criterio, interactuando con los estresores de forma que disminuyen, aumentan o anulan los efectos de éstos sobre la salud. Por su parte una variable puede decirse que funciona como mediadora cuando explica la relación entre la predictoras y la de criterio, encontramos las siguientes:

- **Afrontamiento:** Esfuerzos cognitivos y comportamentales para controlar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas creadas por una transacción estresante. Se distingue entre afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción. Los estudios transversales muestran en general que el afrontamiento dirigido al problema mejora el bienestar, mientras que las dirigidas a la emoción lo empeoran (p.21).
- **Patrón de conducta tipo A:** Se caracteriza por elevados niveles de hostilidad, impaciencia, irritabilidad, competitividad, urgencia temporal, agresividad, esfuerzo por el logro y alta necesidad de control. Las dimensiones de hostilidad e impaciencia-irritabilidad influyen significativamente con la salud.
- **Locus de control:** Las personas con un LC moderadamente interno muestran mejor salud mental. La razón puede estar en que éstas responden a las dificultades de forma más positiva buscando información y enfrentándose al problema, lo que anularía los efectos negativos del estrés (p.22).
- **Autoestima:** Se relaciona directa y positivamente con el bienestar. El efecto modulador de la autoeficacia es más claro en aquellas personas que emplean estrategias de afrontamiento activas.
- **Personalidad resistente:** Se relaciona de forma positiva con el bienestar, aunque no se han encontrado valores significativos del efecto modulador (p.23).

Variables sociales

El apoyo social que recibe el trabajador por parte de los supervisores, compañeros, subordinados, familiares y amigos ha sido una de las áreas principales de investigación en el estudio del estrés. House (1981) distingue entre apoyo emocional, instrumental, informativo y evaluativo. Identifica el apoyo emocional como el más importante, destacando también la importancia de las fuentes de apoyo, en concreto por las superiores. El apoyo social tiene consecuencia directa sobre el bienestar pero un excedente de este puede potenciar los efectos del estrés (p.24).

Variables situacionales

La falta de control en el entorno laboral es una variable que puede causar estrés y además potenciar sus efectos negativos. Una de las hipótesis del modelo de Demandas-control de Karasek (1979) postula que el control puede regular los efectos potencialmente negativos de las demandas laborales sobre la salud. Vander, Does y Maes (1999) revisando diversos estudios, observan que sólo en la mitad de ello resulta significativo el efecto modulador del control (p.35).

1.1.6 Consecuencias del Estrés

De acuerdo al estrés laboral se puede abordar desde dos ámbitos en lo personal y en lo organizativo según (Durán, 2010) quien afirma:

En el ámbito personal:

- Salud física: Trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, dermatológicos, musculares, aumento del ritmo cardíaco y presión sanguínea, sudoración, sequedad de la boca, escalofrío, dilatación de pupilas, tensión muscular, insomnio o hipersomnia, alergias, úlceras, etc.
- Salud Mental (emocional/cognitivo): frustración, ansiedad/angustia, depresión, enojo/irritabilidad, baja autoestima, culpa, incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad, bloqueo mental.
- Aspectos Conductuales: irritabilidad y mal humor, adicciones, agresividad, apatía.
- Dimensión Social: distanciamiento y/o dificultades en las relaciones de pareja, familia, amigos y compañeros de trabajo. (p.79)

En el ámbito organizativo:

Disminución de producción, ya sea en cantidad, calidad o ambas; falta de cooperación entre compañeros, aumento de peticiones de cambio de puesto de trabajo; necesidad de una mayor supervisión del personal; aumento de quejas y de conflictos, incremento de costos en salud (incapacidades, médico de empresa y otros), aumento de ausentismo, accidentes e incidentes. Propicia más conflictos interpersonales, mayor índice de errores, bajo rendimiento ocupacional, distanciamiento afectivo con clientes, aumento en los gastos en materia de salud y rotación de personal, entre otros aspectos (p.79).

1.1.7 Medidas preventivas y control del estrés

Es necesario abordar aspectos tanto preventivos como paliativos en su manejo, considerando los niveles personal, social y organizacional en un momento y lugar determinados. El aprendizaje es un elemento integrador en este proceso, ya que se requiere de aprender, desaprender y reaprender tantos aspectos cognitivos, conductuales y emocionales: autoconocimiento, control emocional, asertividad, autoestima y creatividad. Es así como la gestión preventiva individual del estrés puede ir dirigida a el evento estresor, la movilización de fuerzas, la respuesta, refiriéndose a los tipos de reacciones de la persona, la homeostasis, y el contexto. (Durán, 2010).

Para poder prevenir y afrontar el estrés de manera óptima, el primer requisito es que la persona se fortalezca física y psicológicamente, de manera que pueda hacer frente y resistir las inevitables circunstancias de la vida. Es importante también que aprenda a disminuir el nivel de estrés de las situaciones personales, de modo que no superen las propias resistencias. Otro factor relevante para lograr el éxito ante al estrés es la actitud o la forma en que la persona asuma y analice las situaciones que enfrenta (Naranjo, 2009). Acerca de este tema encontramos diversas maneras de vencer y sobrellevar el estrés, por lo cual es importante destacar tanto los puntos de coincidencia, como las causas internas y externas del estrés, así como conocer la reacción que provoca en una persona en particular, para de esta manera poder reaccionar ante el estrés y combatirlo.

1.2 Conceptualización del Burnout

1.2.1 Definición del Burnout

Son varias las definiciones que se pueden hallar en fuentes bibliográficas sobre el Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT). Al respecto, la

definición más consolidada y que se maneja al día de hoy es la que mencionan Maslach y Jackson (1981), quienes consideran que “es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyo rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar” (Citado en Álvarez y Fernández, 1991, p. 12).

Como hemos mencionado, el síndrome de Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo (en adelante SQT), es una respuesta emocional al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales que trabajan en las organizaciones e instituciones de servicio que tienen contacto con los usuarios de la organización.

Si vine en un primer momento se consideraba este síndrome como exclusivo de las profesiones de servicios, lo cierto es que todos los profesionales, sea cual sea su ocupación, son susceptibles de desanimarse y perder su entusiasmo por su trabajo. Cabe señalar que el SQT tiene su origen en el entorno de trabajo y no en el trabajador. Entre los investigadores no existe consenso sobre qué es y cómo progresa el SQT, aunque si está consensuado que es una respuesta al estrés laboral crónico, que tienen una alta incidencia en los profesionales del sector de servicios, y que conlleva a un deterioro de las cogniciones del individuo, de sus afectos, sus emociones y sus actitudes hacia el cliente de la organización y hacia el contexto laboral (Álvarez y Fernández, 1991).

1.2.2 Delimitación histórica del síndrome de Burnout

Una disminución en la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental de los empleados acarrear consecuencias para la vida de las organizaciones, tales como disminución del rendimiento, de la calidad en la prestación del servicio al usuario, absentismo laboral, etc. Si bien es cierto, la presencia del SQT se manifiesta de manera individual sobre los profesionales que la padecen, también se ve afectada la sociedad en su conjunto, por lo que surge la necesidad de estudiarlo. La delimitación histórica del SQT, según Gil-Monte (2011), afirma que:

En la mitad de la década de los setenta Freudemberger (1974), en una publicación de carácter científico, la definió como fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un esfuerzo de fuerza, demandas excesivas de energía y de recursos. Esto ocurre cuando un profesional de servicios de ayuda se quema fracasando en los intentos de lograr sus objetivos. Hasta la década de los 80 proliferan las definiciones sobre el SQT, donde varios autores intentaron delimitarlo conceptualmente y de diferenciarlo de otros fenómenos, en la que lo definían como un síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el

desarrollo de actividades negativas hacia el trabajo, pobre autoconcepto y pérdida de interés en los profesionales de las organizaciones de servicio.

Maslach y Pines (1977) consideran el SQT como un síndrome de agotamiento emocional y de cinismo que ocurre con frecuencia en los individuos que trabajan hacia personas y que dedican mucho tiempo a las relaciones personales de carácter confidencial con esas personas bajo condiciones crónicas de estrés y de tensión. Ocurre entonces una pérdida del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos, un estado de agotamiento mental, emocional y físico.

Perlman y Hartman (1982), realizaron una revisión de la literatura considerando las definiciones elaboradas ente 1974 y 1980 sobre el SQT. Concluyen que el SQT se lo puede definir como una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización. También concluyen que el cuestionario MBI de Maslach y Jackson, está compuesto por tres dimensiones denominadas realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Las conclusiones de estos estudios resultaron ser aceptadas por la comunidad científica y resultan valederas hasta el día de hoy.

1.2.3 Poblaciones propensas al Burnout

Teniendo en cuenta las explicaciones teóricas planteadas, las poblaciones propensas al SQT son aquellas que están relacionadas a las profesiones de servicio; tales como la Educación, Trabajo Social, Medicina y Psicología, es decir profesiones en donde implica un alto grado de servicio y entrega hacia los demás.

Por otro lado, están los investigadores que amplían el síndrome a profesiones no asistenciales, destacándose los conocidos y numerosos trabajos de Pines y Aronson (1988), quienes sostienen “que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social” (Citado en Martínez, 2010, p.5). En síntesis, actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluyen desde directivos hasta amas de casa, desde trabajadores en los ámbitos sociales hasta voluntarios de organizaciones; y se acepta que este síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces (Martínez, 2010, p.5).

1.2.4 Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout

Se puede encontrar diversidad de bibliografía referente a las fases del SQT. Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980), definen cuatro fases:

Etapas de idealismo y entusiasmo: El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. Al inicio de la actividad laboral la persona se involucra demasiado y existe una voluntaria sobrecarga de trabajo, hipervalora su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.

Etapas de estancamiento: Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, produciéndose una pérdida de idealismo y de entusiasmo. El trabajador empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

Etapas de apatía: Es la fase central del síndrome burnout. La frustración de las expectativas provoca en el trabajador una paralización de sus actividades, desarrollando la apatía y la falta de interés. Surgen los problemas emocionales, conductuales y físicos.

Etapas de distanciamiento: El trabajador está frustrado en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. El entusiasmo e idealismo profesional es sustituido por el tratar evitar los desafíos y clientes de forma frecuente tratando de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que, a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción” (CEPYME, s.f.).

1.2.5 Características, causas y consecuencias del Burnout

El burnout es un síndrome que afecta a tres dimensiones básicas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. El agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales que corresponde a la medida del nivel del sentirse abrumado emocionalmente. Bajo la misma perspectiva, la despersonalización comprende la respuesta impersonal y la falta de sentimientos hacia los

sujetos atendidos, que se expresa en el desarrollo de un trato frío hacia el paciente, cliente, entre otros. Mientras que la baja realización en el trabajo corresponde a evaluar el propio trabajo de manera negativa, con el reproche de no cumplir los objetivos propuestos y con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional (Martínez, 2010).

El SQT tiene su origen en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral, cuando dichas relaciones conllevan una exigencia y tensión para el componente emocional y cognitivo de la psique. Esto va a facilitar que otras fuentes de estrés laboral den lugar a un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del síndrome. Estos síntomas incluyen los cognitivos, emocionales, actitudinales, conductuales y fisiológicos.

Por lo antes expuesto acerca de las características, causas y consecuencias del SQT es relevante acotar que este es una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta psicológica se caracteriza por un deterioro cognitivo, que consiste en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal. También se presenta como respuesta un desgaste afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico. Otra respuesta psicológica es la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y en ocasiones lesivos a esto entendemos como indolencia, despersonalización o cinismo (Gil.Monte, 2007).

1.2.6 Modelos explicativos del Síndrome de Burnout

Se ha realizado una revisión de los modelos más relevantes acerca del desarrollo del Síndrome de Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo SQT. Gil-Monte (2011) menciona:

Gráfico 1. Modelo Tridimensional del MBI-HSS

**MODELO
TRIDIMENSIONAL
DEL MBI-HSS**

Es este modelo se caracteriza por integrar como síntomas el deterioro del sistema cognitivo, emocional y actitudinal del individuo y por destacar como síntoma del SQT la aparición de despersonalización. Considerando las aportaciones de los siguientes autores:

- Golembiewski et al (1983): concluyeron que SQT progresa de despersonalización a baja realización personal en el trabajo mientras que el agotamiento emocional es el último síntoma que se establece. Para llegar a esta conclusión desarrollaron un modelo de fases, establecieron las categorías de alto vs bajo, y plantearon 8 fases a través de que pueden evolucionar el SQT.
Ponen a prueba este modelo, reduce el SQT a la dimensión de agotamiento emocional y desestiman las otras dos dimensiones del MBI
- Leiter y Maslach (1988): concluyeron que este modelo es más adecuado que el anterior, contrastaron mediante un modelo de ecuaciones estructurales al modelo inicial de Maslach. Empero Leiter planteó que el agotamiento emocional se mantiene como un síntoma antecedente de despersonalización pero realización personal aparece como un síntoma sin relación causal con los otros dos síntomas,
- Lee y Ashforth (1993 a, 1993b): llegan a conclusiones similares a las de Leiter y Maslach, progresa desde agotamiento emocional a despersonalización y paralelamente desde agotamiento emocional a baja realización personal en el trabajo.
- Gil-Monte (1994): elaboró un modelo alternativo que permite sustentar teóricamente las relaciones hipotetizadas entre los síntomas del SQT y explicar de manera adecuada su proceso de desarrollo según el MBI. En esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.

Los cuatro autores coinciden que el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico, las diferencias entre ellos dependen de que síntoma es la primera respuesta al estrés laboral percibido y como explican el progreso del síndrome.

Fuente: (Gil-Monte, 2011, p.106)

Elaborado por: Autora

Gráfico 2. Modelo de Edelwich y Brodsky

**MODELO DE EDELWICH
Y BRODSKY (1980)**

Este modelo explica la función de la frustración en el desarrollo del SQT, de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral.

Para la explicación de este proceso elaboran un modelo de cuatro fases:

1. De entusiasmo: se caracteriza por ser un periodo inicial de la actividad laboral, en el que los individuos tienen gran ilusión, energía y expectativa sobre el trabajo sin conocerlo realmente. En esta fase de entusiasmo irreal en la que los profesionales se sobreidentifican con los individuos hacia los que trabajan y se implican hacer tareas y horas de manera voluntaria.
2. De estancamiento: el profesional aun realiza su trabajo pero este ya no es todo en su vida. Se centra en las aficiones personales, se empieza a valorar las contraprestaciones recibidas por el trabajo.
3. La frustración: en esta fase los trabajadores se preguntan si vale la pena lo que están haciendo, donde puede aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
4. La de apatía: se la considera un mecanismo de defensa frente a la frustración.
En esta fase se caracteriza porque el individuo se siente frustrado continuamente en el trabajo pero necesita de este para vivir, los trabajadores hacen lo mínimo, evitan las innovaciones, cambios e incluso a las personas que tienen que atender, lo único que desean es la estabilidad laboral. Esta fase es cíclica se repite en cualquier momento de la vida laboral.

Fuente: (Gil-Monte, 2011, p.108).

Elaborado por: Autora

Gráfico 3. Modelo de Price y Murphy (1984)

**MODELO DE PRICE Y
MURPHY (1984)**

Este modelo es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral y sugieren que puede ser explicado de manera similar a un proceso de duelo, pues conlleva a pérdida de la ilusión a nivel personal, a nivel interpersonal y en el nivel institucional y societal. Este modelo según sus autores, se caracteriza por atravesar seis fases sintomáticas:

1. Fase de desorientación: el individuo toma conciencia de la realidad laboral y comprueba que no alcanza los objetivos con las personas hacia las que trabaja, en esta fase algunos desarrollan sentimientos de fallo profesional.
2. Inestabilidad emocional: por la falta de apoyo social emocional de los miembros del equipo de trabajo se ve incrementada. Estos profesionales desarrollan como estrategia de afrontamiento para no implicarse en los problemas de las personas que atienden, aun manteniendo la empatía. El profesional no desahoga sus emociones y pasa por periodos de labilidad y desgaste emocional.
3. En esta fase aparece los sentimientos de culpa: debido al fracaso profesional, los individuos se atribuyen fallos que no están bajo su control y se consideran culpables de la situación.
4. De soledad y tristeza que desemboca en la siguiente fase
5. De solicitud de ayuda.
6. Restablecimiento del equilibrio inicial con el que se abordó la profesión.

Este modelo hace hincapié la importancia del deterioro emocional con la aparición de desgaste emocional y sentimientos de culpa.

Fuente: (Gil-Monte, 2011, p.109).

Elaborado por: Autora

1.2.7 Prevención y Tratamiento del Síndrome de Burnout

A continuación, vamos a puntualizar los programas de formación dirigidos a la prevención del SQT, propuesta por Gil-Monte (2011) en donde considera el entrenamiento a varios niveles.

Nivel organizacional: requiere entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional. En estos procedimientos se menciona el rediseño de tareas, la claridad en los procesos de toma de decisiones, establecer objetivos claros, entre otros.

La principal vía de intervención se ha centrado sobre el individuo en la aparición y progreso del SQT, paradójicamente los estudios concluyen que los factores organizacionales juegan un papel más relevante que los individuales en la aparición y progreso del SQT, aunque no es fácil de realizar debido a problemas de colaboración por parte de los diferentes niveles jerárquicos de la organización. El desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar el estrés, o el aprendizaje de técnicas de relajación, puede ayudar a los individuos a manejar el agotamiento y el desgaste psíquico, pero no trata con los otros síntomas del SQT.

Nivel interpersonal: considera los grupos de trabajo y la interacción social, por lo que debe incluir programas de formación sobre apoyo social, habilidades sociales, autoeficacia, liderazgo, etc.

Nivel individual: debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés, las dirigidas a regular las emociones y las dirigidas al problema, para intentar modificar la fuente de estrés. El entrenamiento en estrategias de resolución de problemas o en estrategias de tipo cognitivo-conductual puede ser un buen complemento a otro tipo de acciones (Gil-Monte, 2011, p.149).

En un artículo publicado en el 2007, Gil-Monte, hace mención a la prevención del SQT como herramientas muy importantes para el cambio, en el cual los líderes desempeñan un rol fundamental para que este se realice, pues son fuentes de valores y creencias. En el caso del SQT, invertir en prevención pasa necesariamente por la formación de los trabajadores, en contenidos de psicología; además, se hace necesario implantar medidas dirigidas al cuidado y mantenimiento del sistema social de la organización, como programas de entrenamiento en habilidades y apoyo sociales. Las estrategias para la prevención del

SQT deben ser implantadas desde la dirección de la organización. Es el caso de los programas de desarrollo organizacional, que busca mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la organización” (Gil-Monte, 2007).

1.3 Conceptualización de las Variables de la Investigación

1.3.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

Entre las variables sociodemográficas y laborales, cabe destacar la influencia del sexo sobre el SQT, cuyos estudios han llegado a concluir que existe una tendencia a obtener diferencias significativas en función del sexo en los niveles de despersonalización. Esto se desarrolla bajo el sentido que los hombres obtienen puntuaciones más altas que las mujeres. Sin embargo, para los niveles de agotamiento emocional y de baja realización personal en el trabajo, y para el cómputo global del SQT estimado a través de diferentes instrumentos (MBI, TM, SBS-HP...) los resultados no son concluyentes y aparecen influidos por las características del estudio (muestra, instrumentos, país, etc. (Gil-Monte, 2011, p.98).

De esta manera, existen estudios que han obtenido que el grupo de hombres de la muestra puntuaba significativamente más bajo en agotamiento emocional que sus colegas femeninas. Mientras que en otros estudios se han obtenido resultados inversos, esto es, los niveles de agotamiento emocional resultaron significativamente más elevados en hombres que en mujeres, y en otros estudios no se obtienen diferencias significativas. En la dimensión de realización persona en el trabajo, la tendencia es la ausencia de diferencias significativas.

Por otra parte, el sexo también cumple una función moduladora en el desarrollo del SQT. Esto es, el patrón de relaciones significativas que se establece entre los antecedentes del SQT y sus síntomas varía en función del sexo, al igual que las relaciones entre los síntomas y sus consecuencias. Para la variable edad los resultados no son concluyentes. En algunos estudios se obtiene que con el paso de los años disminuya la frecuencia del SQT. Para otras variables como estado civil, número de hijos, grado académico, puesto de trabajo o tipo de contrato, si bien en algunos estudios se obtienen efectos significativos, los resultados obtenidos son muy dispares y es difícil concluir sobre la existencia de tendencias. Debido a que las variables demográficas contribuyen a explicar varianzas es recomendable considerar estas variables en los estudios sobre el SQT, especialmente en los estudios de carácter longitudinal que analizan relaciones causales entre variables (Gil-Monte, 2011, p.99).

1.3.1.1 Variable de riesgo y protectoras

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, las variables o factores de riesgo se definen como aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido de trabajo y la realización de la tarea y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud (física, psíquica o social) del trabajador. Así, unas condiciones psicosociales adversas están en el origen tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador (INSHT , s.f.).

Existen muchos estudios donde se presentan variables personales diferenciando a las variables sociodemográficas y laborales, tales como: el sexo, la edad, falta de apoyo de la organización entre otras que influyen significativamente en la aparición y el progreso del SQT. Como variables protectoras se puede considerar la experiencia laboral, el buen manejo de las relaciones interpersonales, el autocontrol, la eficacia, la motivación desde lo personal y laboral entre otras. Todo aquello que mantenga un estado positivo y equilibrado en las personas que permita tener un buen rendimiento en su vida diaria y en el trabajo.

1.3.1.2 Motivación y satisfacción laboral

La motivación está compuesta por diversos factores que tienen la capacidad de provocar, mantener y dirigir las conductas del individuo hasta el logro de sus metas. Entre los factores que influyen en la motivación, están, los biológicos, representados en la satisfacción de necesidades básicas; los psicológicos, caracterizados por los deseos, las tensiones, las incomodidades, las expectativas entre otros, y los socioculturales entre los cuales se pueden describir aspectos relacionados con las normas, costumbres, valores, hábitos etc.; los cuales se convierten en el motor de las acciones que realizan los individuos. Este mismo concepto en el ámbito laboral, radica en la capacidad que tengan los administradores o empleadores de equilibrar los requerimientos, tareas del puesto de trabajo, con las capacidades y habilidades del trabajador para alcanzar los objetivos de la empresa y sus logros personales (Gil, Martínez y Zapata, 2015).

La satisfacción laboral constituye una dimensión actitudinal que ocupa un lugar central en la consideración de la experiencia del hombre en el trabajo (Meliá y Peiró, 1989).

1.3.1.3 Investigaciones realizadas

Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez (2015) realizaron una investigación en la ciudad de Guadalajara, México. El objetivo fue determinar la relación entre los factores psicosociales laborables y el síndrome de Burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. Los datos se captaron con el instrumento de factores psicosociales de Silva y el MBI. Participaron 163 personas de 21 servicios de la unidad de atención; 88% eran mujeres, 41.4% laboraba en el turno matutino y 47.5% perciben la presencia de factores psicosociales negativos en su área de trabajo, siendo lo más frecuente las exigencias laborales, remuneración del rendimiento y condiciones inadecuadas en su lugar de trabajo. En cuanto al Burnout, 33.3% presentaba agotamiento emocional, 50.8% baja realización personal y 17.9% despersonalización.

1.3.2 Burnout y la relación con la salud mental

Los problemas de salud están íntimamente relacionados con el síndrome de burnout, ya que estos afectan más a aquellos profesionales que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanista del trabajo, es decir aquellas que necesitan altas dosis de entrega e implicación, como es el caso de las profesiones de servicio (Santes, et.al, 2009).

Definición de salud mental. De acuerdo a una publicación de la OMS en el año 2013, se define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013).

Salud Mental y el Estrés. Las relaciones existentes entre el estrés y la salud se vienen desarrollando desde hace mucho tiempo, por considerar que son investigaciones necesarias y fructíferas. Estas relaciones en ocasiones han estado sobrevaloradas e incluso mal interpretadas, no obstante hoy en día se puede afirmar que el estrés, en general, es el principal factor causante de trastornos psicológicos, presente en la mayoría de las

psicopatologías, y uno de los principales factores causales o de riesgo de las alteraciones orgánicas (Consejo General de la Psicología de España, s.f.).

Síntomas Somáticos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias" (Florenzano, Fullerton, Acuña y Escalona, 2002). Entre los síntomas somáticos se encuentran los manifestados por problemas respiratorios (asma, taquipnea, catarros frecuentes), problemas inmunológicos (infecciones, alergias y alteraciones de la piel). También, como consecuencia de ellos existen problemas sexuales, problemas musculares (dolor a nivel cervical y lumbar, fatiga o rigidez muscular), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión) y alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión) (Hernández, Juárez, Hernández y Ramírez, 2005, p.126).

Ansiedad e insomnio. La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003, p.17).

El insomnio es un trastorno del sueño consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal. El problema del insomnio se ha asociado a una disminución del rendimiento laboral y un incremento de la tasa de accidentes de automóvil, y una mayor propensión a padecer enfermedades médicas. La clasificación de enfermedades de la OMS, en su décima revisión (CIE-10), requiere para el diagnóstico de insomnio que la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, dure al menos un mes y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal (Sarrais, 2007).

Disfunción social en la actividad diaria. Merton introduce el concepto de 'disfunción', contraria a función, como aquella que obstaculiza la adaptación o ajuste de un sistema social determinado, y realiza un interesante análisis sobre la anomia en la sociedad. Asimismo, divide las funciones en manifiestas y latentes. Las manifiestas son las

funciones comprendidas y deseadas por los participantes del sistema, y las latentes aquellas que no son comprendidas ni deseadas (Merton, s.f.).

Si se hace referencia al concepto disfuncional de Merton, aplicado a la actividad diaria del ser humano, esta se manifiesta por la dificultad de las personas en la adaptación de las interrelaciones sociales en las rutinas diarias.

Tipos de depresión. Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico. El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: a) Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios. b) Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. c) El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano (NIMH, 2009, p.3).

1.3.2.1 Investigación realizada

Existen investigaciones realizadas en una población conformada por 367 estudiantes de licenciatura en enfermería de la ciudad de Poza Rica, Veracruz, México, en el año 2008, utilizando una muestra de 183 estudiantes de enfermería. Como instrumentos utilizados en esta investigación, se refleja los cuestionarios Cuestionario de salud general de Goldberg

GHQ y de la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI). En los resultados se observa que de los 183, se encontró que el 85% presenta sintomatología de perturbación del sueño y el 10% de sintomatología somática. El 42% refiere predisposición a presentar agotamiento emocional, el 14% un alto grado de baja realización y el 16% un alto grado de despersonalización. En la relación encontrada entre salud mental y predisposición del Síndrome de Burnout en estudiantes, se encontró asociación significativa con síntomas somáticos y despersonalización, el 46.5% de los estudiantes tienen predisposición de estar quemados, de los cuales el 38.3% es no caso probable de salud mental (Santes, et.al, 2009).

1.3.3 Burnout y el afrontamiento

En cuanto al Burnout y al afrontamiento podemos indicar que cada persona tiene una manera de determinar y reaccionar ante los elementos estresantes. Al respecto, Gil-Monte y Peiró (2004) menciona:

Las estrategias de afrontamiento se deben entender como una respuesta a fuentes de estrés crónico, ya que es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección generado por la relación con las otras personas (en particular las que reciben el servicio del individuo) y con la organización donde labora. Es justamente como el Síndrome de Burnout aparece pues cuando fallan las estrategias de afrontamiento, lo cual supone una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con las personas para las que se trabaja (estudiantes). Así, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional, ante los que el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Entonces, el Síndrome de Burnout es un paso intermedio en la relación estrés consecuencias del estrés; de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo y para la organización” (Citado en Barbosa, Muñoz, Rueda y Suárez, 2009, p.23).

Siguiendo a Folkman y Lazarus (1985), podemos entender el afrontamiento “como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Citado en Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2003, p. 326).

1.3.3.1 Teorías de afrontamiento

En una investigación realizada acerca del afrontamiento en relación al SQT, Martínez (2010), indica:

El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar.

Este planteamiento ha sido criticado por simplista, ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida.

Por otro lado, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés" (Lazarus y Folkman, 1986; 141). Obviamente, este modelo está cerca de la psicología cognitiva, que es la que ha aportado más soluciones al problema al poner énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de éste con su entorno.

Una de las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger (1963), quien identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento. (p.26)

1.3.3.2 Estrategias de Afrontamiento

En el estudio efectuado por los autores Hernández, Olmedo e Ibáñez (2003) acerca del afrontamiento en relación al SQT, se indica que:

Se proponen dos estrategias generales para afrontar el estrés, a. afrontamiento directo o acción directa, una estrategia aplicada externamente a la fuente ambiental de estrés para intentar dominar la transacción estresante con el ambiente; y b. afrontamiento indirecto o acción paliativa, una estrategia aplicada a las propias emociones, en la que la

persona intenta reducir el trastorno cuando es incapaz de controlar el ambiente o cuando la acción es demasiado costosa.

Pines y Kafry (1981), en su estudio sobre “estar quemado” y afrontamiento, añaden una dimensión activo/inactivo a la dimensión directo/indirecto propuesta por Lazarus. Las estrategias de afrontamiento activo implican confrontación o intento de cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, mientras que las estrategias de afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos.

La combinación de las dos dimensiones dicotómicas generan cuatro tipos de estrategias de afrontamiento: directo/activo (cambiar la fuente de estrés o confrontación con la persona que causa el estrés), directo/inactivo (ignorar la fuente de estrés o abandonar la situación estresante), indirecto/activo (hablar sobre el estrés a otras personas que sirvan de apoyo o implicarse en otras actividades) e indirecto/inactivo (beber alcohol, tomar drogas, etc.), encontrando apoyo empírico a las cuatro categorías de afrontamiento (Pines, 1993).

En el estudio de Pines y Kafry (1981), los resultados confirmaron que las estrategias activas y directas son más efectivas en el afrontamiento del “estar quemado”, mientras que las más ineficaces fueron las estrategias inactivas/indirectas. (p.326)

1.3.3.4 Investigaciones realizadas

Autores como Cruz, Austria, Herrera, Vázquez, Vega y Salas (2010) participaron en una investigación para identificar el efecto de las estrategias de afrontamiento activas sobre el síndrome de burnout. La muestra fue de 500 trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. La muestra final fue de 354 trabajadores de la salud.

Se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory versión Human Services, el cual evalúa tres dimensiones: Cansancio Emocional, donde la media de esta investigación se sitúa en 13.44; Despersonalización, situado en 5.92 y; Realización Personal, con una media de 35.55. Además, para medir las estrategias de afrontamiento, se utilizó el instrumento de afrontamiento ante riesgos extremos. De acuerdo a sus resultados se infiere que el uso de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva) tiene efectos protectores ante el síndrome de burnout entre el personal de salud (Valdes, et.al, 2010).

1.3.4 Burnout y la relación con el apoyo social

El apoyo social es considerado como uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas. Se toma como referencia una especie de fondo al cual recurrir en caso de necesidad. Su ausencia es en sí misma una fuente de estrés o un factor que contribuye a deteriorar la salud y el bienestar, y tiene relaciones significativas con la depresión.

En relación al burnout, diversas investigaciones muestran que un apoyo inadecuado, o que no se brinda, facilita su aparición y el desarrollo de enfermedades, y que el apoyo social está negativamente asociado con burnout. También se ha encontrado que los compañeros de trabajo y el jefe inmediato constituyen fuentes de apoyo importantes, asociadas con una menor incidencia de burnout. En general, la literatura sobre apoyo social en el trabajo permite afirmar que éste ha sido el recurso más investigado en la relación con el burnout y que la falta de apoyo es fuertemente consistente con la aparición de este síndrome, especialmente, la falta de apoyo que brindan los jefes o supervisores (Avendaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart, 2009).

1.3.4.1 Definición del apoyo social

En el trabajo realizado por apoyo social es un concepto multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas. Tardy (1990), ha sugerido que deben distinguirse dimensiones como dirección (recibido o provisto), disposición (disponible o ejecutado), forma de medición (descrito o evaluado), contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros) (Castro, Campero, y Hernández, 1997, p.427).

De acuerdo al concepto planteado por estos autores, tomamos la noción de Apoyo Social como un concepto multidimensional formado desde el apoyo disponible como la existencia de redes o vínculos sociales y área expresiva es decir el tipo de apoyo recibido.

1.3.4.2 Modelos Explicativos del Apoyo Social

Se pone en consideración lo mencionado por los autores de la investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos, en donde Castro, Campero y Hernández, (1997) proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, el cual postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo. Por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo

social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador).

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud. Es importante mencionar algunas implicaciones teóricas del modelo del efecto directo, dado que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés.

El segundo modelo de apoyo social es conocido como el modelo del efecto amortiguador, Bajo este modelo se postula que el apoyo social interviene como variable “mediadora” en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psicopatológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social. La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. En suma, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos. (p.428)

Apoyo Social Percibido. Se refiere a la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en

confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente (Castro, Campero y Hernández, 1997, p.427).

1.3.4.4 Apoyo Social Estructural

El apoyo social, incluye dos diferentes estructuras de relaciones sociales, y tres tipos de procesos sociales. Los elementos estructurales son el grado de integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales, y la estructura de la red social. Esto radica en las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracteriza a un conjunto de relaciones sociales dado. Los tres procesos identificados son el control social, esto es, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales, las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social, el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales. (Castro, Campero y Hernández, 1997, p.427).

De acuerdo a este tipo de apoyo social lo podemos considerar como las relaciones directas o indirectas que permiten unir a un grupo de personas, sean estas por parentesco, por camaradas o por estudios, siendo lo más relevante la fuerza de la unión que los atrae o por los aspectos negativos que los dispersa, es decir el apoyo social en sí mismo, es el soporte emocional de las relaciones sociales.

1.3.4.5 Investigaciones realizadas

La autora Alvarado (2017), realizó un trabajo de investigación para identificar el síndrome de burnout y los factores relacionados a este, aplicado a 30 profesionales de la salud de un hospital público de la ciudad de Cuenca, empleando diferentes cuestionarios, entre ellos el MBI y MOS. De su muestra concluye que de acuerdo al MBI, el 40% de los médicos y el 33.3% de enfermeras informaron padecer niveles altos de cansancio emocional, en despersonalización el 40% del personal de enfermería y el 33.3% en médicos refirieron padecer altos niveles de esta dimensión y a realización personal el 46.7% de los médicos y el 66.7% de las enfermeras indican altos niveles de realización personal.

De acuerdo al cuestionario MOS indica que el apoyo percibido en el personal de salud estudiado, la variable de apoyo afectivo (expresión de amor y cariño) es la que predomina por encima del apoyo emocional y apoyo instrumental. Donde observa en este

estudio que el apoyo social con el que cuenta el personal de salud, resulta ser un factor amortiguador ante la presencia de estresores que predisponen al burnout (Alvarado, 2017).

1.3.5 Burnout y la relación con la personalidad

En este trabajo, se le dará enfoque a la relación entre el síndrome “estar quemado” y determinadas variables de personalidad, destacando: extraversión, neuroticismo, psicoticismo y sinceridad. A partir de este marco, se expone a continuación el planteamiento de Wylie (1979), quien “postula que las variables de personalidad son como recursos internos de afrontamiento que influyen en las estrategias de éste. Los tipos de personalidad más relevantes en los estudios del estrés laboral son: neuroticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A y resistencia al estrés. De éstos el patrón de conducta tipo A es particularmente vulnerable al estrés en contraste con los factores de personalidad como el de resistencia al estrés (hardiness), locus control, autoestima y sentido de coherencia” (Citado en, Martínez, 2010, p. 28).

1.3.5.1 Definición de Personalidad

Para Eysenck, los individuos difieren en sus rasgos debido a diferencias genéticas, aunque no descartó las influencias ambientales y situacionales en la personalidad, como las interacciones familiares en la infancia. Por lo que se basa en un enfoque biopsicosocial en el que estos factores genéticos y ambientales determinan la conducta. (García-Allen, s.f.)

Lo que propone el autor es que cada persona nace con una estructura específica a nivel cerebral, que causa discrepancias en la actividad psicofisiológica y, por tanto, provoca que el individuo desarrolle diferencias en el mecanismo psicológico, determinando un tipo específico de personalidad.

1.3.5.2 Tipos de Personalidad

Según las dimensiones del modelo de Eysenck (citado en García-Allen, s.f.), tenemos los siguientes tipos de personalidad:

➤ **Neuroticismo (estabilidad-inestabilidad emocional).** Las personas con inestabilidad emocional muestran ansiedad, histeria y obsesión. Con frecuencia tienden a reaccionar de forma emocionalmente exagerada y tienen dificultad para volver a un estado normal después de la activación emocional. En el otro extremo la persona es ecuánime, calmada y con un alto grado de control emocional.

➤ **Extraversión (extraversión-introversión).** Los extravertidos se caracterizan por la sociabilidad, impulsividad, desinhibición, vitalidad, optimismo y agudeza de ingenio; mientras que los introvertidos son tranquilos, pasivos, poco sociables, atentos, reservados, reflexivos, pesimistas y tranquilos. Eysenck piensa que la principal diferencia entre los extravertidos y los introvertidos se encuentran en el nivel de excitación cortical.

➤ **Psicoticismo.** Las personas con puntuaciones altas en psicoticismo se caracterizan por ser insensibles, inhumanas, antisociales, violentas, agresivas y extravagantes. Estas puntuaciones altas se relacionan con distintos trastornos mentales, como la propensión a la psicosis. En contraste con las otras dos dimensiones, el psicoticismo no cuenta con un extremo inverso, sino que es un componente presente en distintos niveles en las persona (García-Allen, s.f.).

1.3.5.3 Patrones de Conducta y Personalidad

Con respecto al patrón de conducta tipo A (PCTA), Hernández y Olmedo, (2004) tenemos:

Desde el aspecto que aquí nos interesa, es importante ver la forma de actuar de un individuo tipo A para modular sus respuestas de estrés. Algunos autores sugieren que la persona tipo A causa una autoselección en puestos que entrañan mayor exposición a estresores.

Un aspecto central es su deseo de logro social, similar a la motivación extrínseca para el trabajo o búsqueda de estatus, que genera la aparición de una relación positiva entre el patrón de conducta tipo A y el estatus ocupacional (House y Kortnizer, 1985). Parece posible que las personas patrón A aumenten su probabilidad de exposición a ciertos estresores (sobrecarga de rol), a la vez que reducen la realización de determinadas conductas (ejercicio físico), que mejorarían su resistencia al estrés. Algunos autores han encontrado que el PCTA correlaciona de forma positiva con la despersonalización, con cansancio emocional, con “quemarse” en general (p.125).

Encontramos en una autora Ramírez (2015) una investigación sobre el Burnout en profesionales de la salud del Ecuador. En su estudio tomó una muestra de 2404 profesionales de la salud en las 24 provincias del Ecuador. Se indica que la prevalencia del síndrome es de 36.4% y los resultados demostraron que existe relación con las dimensiones de agotamiento emocional en un 17.6%; con la despersonalización en un 13.6%; y baja realización personal en un 18.2%. Este estudio concluye, en relación con las variables relacionadas con la presencia de burnout en los profesionales de salud, que presentaron mayor riesgo de burnout aquellos profesionales con ingresos mensuales

familiares de \$1000 o más, el personal médico; los que tenían jornadas laborales de más de ocho horas diarias; con número mayor a 17 pacientes atendidos al día, los profesionales sanitarios que trabajan con turnos, los que presentaban síntomas somáticos y de ansiedad; y los que presentaban neuroticismo y psicoticismo (p.243).

1.3.5.4 Locus de Control

Martínez (2010) indica “que el locus control se refiere a la atribución que hace el individuo de los resultados. Un extremo de ésta dimensión es "externo" y el otro "interno". Según Rotter (1966), 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. Otro enfoque es el que plantea Weiner (1979), quien subdividió el concepto de locus control en: Lugar de causalidad y controlabilidad. Según este autor, existen causas internas que son incontrolables, pero también causas externas controlables” (p.28).

CAPITULO 2

METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. General

Identificar el Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en un hospital público del sector sur de la ciudad de Guayaquil.

2.1.2. Específicos

- Evaluar si existe la presencia de Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de un hospital público del sector sur en Guayaquil, a través de la aplicación del cuestionario Maslach.
- Precisar el estado de salud mental de los profesionales de la salud de un hospital público, del sur de la ciudad.
- Determinar si los factores sociodemográficos y laborales de los profesionales de la salud de un hospital público del sur de Guayaquil, influyen para la aparición del Síndrome de Burnout.
- Conocer la manera que afrontan los problemas los profesionales de la salud del hospital público del sector sur de la urbe.
- Verificar que tipo de apoyo disponen los profesionales de la salud.
- Identificar que rasgos o factores de personalidad presentan los profesionales de la salud del hospital público del sector sur de Guayaquil, que pueda relacionarse con la presencia de Síndrome de Burnout.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud en un hospital de servicio público ubicado al sur de Guayaquil?
- ¿Qué característica sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que presentan el síndrome de burnout dentro de los profesionales de la salud de un hospital público del sector sur de la urbe?
- ¿El apoyo social que perciben las personas que presentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?
- ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que presentan burnout?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes presentan el síndrome de burnout?

2.3. Diseño de la investigación

El diseño de investigación constituye “el plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación” (Hernández, 2006; citado en Ramírez, 2012, pág. 15). El diseño debe responder a las preguntas de investigación.

Con la presente investigación, se pretende obtener una visión general de la existencia del síndrome de burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los profesionales de la salud, mediante la aplicación de los diferentes instrumentos utilizados, considerando la salud mental, las estrategias de afrontamiento, apoyo social y los factores de personalidad.

El diseño de investigación consta de las siguientes características (Hernández Sampieri, 2003):

Es cuantitativa: se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.

Es no experimental: es una investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural.

Es transeccional (transversal): analizar cuál es el nivel, estado o la presencia de una o diversas variables en un momento dado; evaluar una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo, y determinar o ubicar cuál es la relación entre un conjunto de variables en un momento, y su alcance inicial o final sea exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo.

Es descriptivo: tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables (dentro del enfoque cuantitativo) o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación, para así describir lo que se investiga. (Citado en, Hernández, Fernández, y Baptista, 2003, p.216).

2.4. Contexto

El hospital en el que se realizó la presente investigación proporciona servicios de salud a sus afiliados y está integrada a la red Pública de Salud. Su función básica es brindar servicios de salud mediante la prestación de especialidades, clínico y quirúrgicas, servicios de enfermería, servicios de diagnóstico y terapéutico, docencia e investigación, a fin de contribuir a la administración de la sanidad y salud.

De acuerdo al departamento de estadísticas del hospital, registran en sus archivos que durante el año 2016 fueron atendidos 93.178 pacientes por el área de consulta externa con un promedio mensual de 7.810 atenciones y un promedio diario de 334 atenciones y en el mismo periodo fueron atendidos por emergencia 20.881, mensualmente 1740 atenciones y diariamente 57; en el primer semestre del año en curso han atendido a 45.181 pacientes a través de consulta externa, 10.267 por emergencia, sin considerar todos los servicios que brinda la institución de salud.

Los médicos que conforman el área de salud son: 12 oficiales médicos y 82 servidores públicos médicos entre residentes, generales y especialistas. En el servicio de enfermería hay un total de 35 licenciados de enfermería, 56 servidores públicos licenciados en enfermería, 112 auxiliares de enfermería y 7 auxiliares de odontología.

De acuerdo a la institución que lo regenta, tienen la disposición según las políticas del tarifario de prestaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) del 2014, que la consulta por primera vez tiene una duración promedio de 20 minutos y la consulta subsecuente tiene una duración promedio de 15 minutos. Tomando en consideración estos parámetros el médico por hora, atiende en promedio 3 pacientes. El hospital tiene una gran demanda de atenciones principalmente de sus afiliados.

2.5. Población o Muestra

Es una muestra de tipo accidental y de acuerdo a este estudio no probabilística de participantes, se consideró a 30 profesionales de la salud, 15 médicos y 15 licenciadas en enfermería, siendo los criterios de la muestra los siguientes:

➤ **Criterio de inclusión:**

Ser profesionales de medicina y en enfermería.

Tener una experiencia mínima de un año.

Estar en situación activa y tener hasta 65 años de edad.

➤ Criterios de exclusión:

No haber firmado el consentimiento informado.

No estar dentro de la Institución cuando se aplica la batería de instrumentos.

Tener menos de un año de experiencia.

2.6. Instrumentos de investigación

Ramírez (2012), para el presente trabajo se utilizó la siguiente batería de instrumentos tomadas del Manual de trabajo de investigación y elaboración del informe de fin de carrera, donde constan:

➤ **Encuesta sociodemográfica y laboral:** considera datos personales y laborales del sujeto, es un cuestionario ad hoc que es apropiado para el fin del estudio del síndrome de burnout en los profesionales de la salud. Datos tales como: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, entre otros que tendrán utilidad para el presente trabajo, se busca que el profesional tenga la opción de escoger su alternativa marcando la numeración correspondiente en una escala Likert donde el valor 1 es “nada valorado” hasta el valor 4 “totalmente valorado”, desarrollado por el centro de investigación del área de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) (Ver Anexo 3).

➤ **Cuestionarios de Maslach Burnout Inventory (MBI):** este instrumento es autoadministrado que sirve para medir y detectar la existencia de Burnout a los profesionales de la salud; en su versión clásica está constituido de 22 ítems, utiliza una escala Likert que presenta 7 opciones que indica la frecuencia correspondiente desde “Nunca” que equivale a cero hasta “Diariamente” que equivale a seis. Esto permitirá valorar sus sentimientos y pensamientos acerca del trabajo que será contestada con una cruz o un visto de acuerdo a la respuesta, este cuestionario se distribuyen en tres escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben agotamiento emocional, despersonalización o cinismo, y baja realización personal en el trabajo (Ver Anexo 4).

Agotamiento Emocional: es no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo. Se evalúan en 9 ítems relacionadas con las preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). A mayor puntuación, mayor agotamiento.

Despersonalización: desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y en general de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo. Se miden en 5 ítems, en relación con las preguntas (5, 10, 11, 15, 22). A mayor puntuación, mayor despersonalización.

Baja realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden. Se evalúa en 8 ítems relacionados con las preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación baja indicativo de baja realización personal.

➤ **Evaluación mediante el cuestionario GHQ-28:** versión abreviada del General Health Questionnaire de Goldberg (1970), es un cuestionario auto administrado que contiene 28 preguntas y cada una de ellas 4 tipos de opciones de respuesta que varían desde afirmar que lo se pregunta sucede mucho hasta no más de lo habitual o nunca, que el encuestado marcara la opción que más se ajuste a sus situación ,cuya finalidad es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud del individuo encuestado. Se centra en las alteraciones de la función normal, más que rasgos presentes a lo largo de la vida. Subdividido en cuatro subescalas, con 7 preguntas cada una: (a) síntomas somáticos, (b) ansiedad e insomnio (c) disfunción social y (d) depresión grave (Ver Anexo 5).

➤ **Manejo de los problemas, afrontamiento, a través del cuestionario BRIEF-COPE:** En la versión abreviada de Crespo y Cruzado (1997) la escala multidimensional tiene 28 ítems, con respuestas en escala tipo Likert que va del 1 al 4, desde la opción 1 de respuesta que no ha estado haciendo esto en lo absoluto hasta la 4 que lo ha estado haciendo mucho, cuya finalidad es evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. Las formas de afrontamiento que se evalúan son: afrontamiento activo, planificación, auto-distracción, apoyo instrumental, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, autoinculpación, desahogo, desconexión conductual, uso de sustancias y humor (Ver Anexo 6).

➤ **Empleo del cuestionario AS, se refiere al Apoyo Social:** Es un cuestionario autoadministrado, multidimensional de 20 ítems, que en primera instancia investiga la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y la segunda parte consta del ítems 2 hasta el 20, en donde el encuestado escogerá su respuesta según la frecuencia con la que tiene el tipo de apoyo, en donde se da a conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido), entre los que se considera:

- Apoyo emocional: posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- Apoyo material e instrumental: contar con ayuda doméstica
- Relaciones sociales de ocio y distracción: incluye tener a otras personas con quien comunicarse.
- Apoyo afectivo: demostración de amor, cariño y simpatía.

Además, brinda la posibilidad de obtener un índice global de apoyo social del individuo (Ver Anexo 7).

➤ **Evaluación de la personalidad, EPQR-A:** Este cuestionario es modificado de la versión original de H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck.1975. Se utilizó la versión abreviada de Francis, Brown y Philipchalk (1992). Este cuestionario tiene una estructura de cuatro subescalas: extraversión, neuroticismo, psicoticismo y sinceridad. Es auto-administrado que consta de 24 preguntas cuya finalidad es conocer el tipo de personalidad del encuestado. El tipo de respuesta es de carácter dicotómica, es decir solo puede escoger entre dos opciones, en este caso “sí” o “no” (Ver Anexo 8) (p.21-24).

2.6.1. Métodos.

Para recolectar la información cuantitativa se aplicaron los seis cuestionarios auto-administrados para determinar los factores relacionados al SQT y para identificar burnout mediante el MBI.

2.6.2. Procedimiento.

Fase 1: Recolección de datos: se procedió mediante oficio a solicitar autorización a la Dirección de hospital para la aplicación del trabajo de investigación la cual fue aceptada para aplicar los instrumentos psicológicos y a su vez por medio de la Subdirección de Docencia e investigación del hospital entregaron la nómina de los profesionales de la salud que iban hacer evaluados. Fase 2: aplicación de una batería de seis cuestionarios a cada profesional de la salud del hospital de servicio público, posterior a la firma de un consentimiento informado, en el cual se incluye el procedimiento del estudio, el beneficio de la participación y el compromiso de que los datos serán manejados con absoluta confidencialidad. Fase 3: análisis de datos, los cuales fueron tabulados por medio de unas matrices establecidas a través de Excel y analizados en el software SPSS-23, en las que se evidencia mediante tablas con datos estadísticos, que permite adquirir información precisa de los resultados de la investigación

CAPÍTULO 3
ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 Resultados obtenidos: análisis, interpretación de los resultados obtenidos.

Realizado el análisis de la presente investigación y, tomando como inicio los datos de los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios seleccionados para determinar la presencia del Síndrome de Burnout, en la muestra efectuada a 30 profesionales de la salud, de un hospital público al sur de la ciudad de Guayaquil, entre ellos, 15 Médicos y 15 Licenciados en Enfermería, a los cuales se aplicó en primer lugar el cuestionario sociodemográfico y laboral, luego el cuestionario MBI, el de salud GHQ-28, el de afrontamiento de BRIEF-COPE, el cuestionario de apoyo social MOSS-SSS y el de personalidad EPQR-A, los mismos que fueron aplicados en ese respectivo orden.

A continuación, detallamos los resultados obtenidos según los siguientes parámetros:

- Características sociodemográficas de los profesionales de la salud
- Características laborales de los profesionales de la salud
- Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud
- Análisis de los resultados del cuestionario del MBI
- Análisis de los resultados del Cuestionario de Salud (GHQ-28)
- Análisis de los resultados del Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)
- Análisis de los resultados del Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

3.1.1 Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

Tabla 1. Género: médicos sin Burnout

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	9	64.29
Femenino	5	35.71
TOTAL	14	100.00

PROMEDIO DE EDAD:	44.64
--------------------------	-------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 2. Género: médicos con Burnout

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	100
Femenino	0	0
TOTAL	1	100.00

PROMEDIO DE EDAD:	34.00
--------------------------	-------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 3. Género: Enfermeras sin burnout

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	2	13.33
Femenino	13	86.67
TOTAL	15	100.00

PROMEDIO DE EDAD:	44.53
--------------------------	-------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Entre los profesionales médicos predomina el género masculino con el 64.29%, con una edad promedio de 45 años, siendo el más joven de 31 años y el mayor de 59 años.

En el grupo de profesionales enfermeros, el 86.67% es representado por mujeres, con una edad promedio de 45 años, siendo la más joven de 28 años y la mayor de 60. El 53% con estado civil casada, con un número promedio de 1 hijo por familia.

Tabla 4. Estado Civil: médicos sin Burnout

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	3	21.43
Casado	9	64.29
Viudo	0	0
Divorciado/separado	1	7.14
Unión libre	1	7.14
TOTAL	14	100.00

PROMEDIO DE HIJOS:	1.93
---------------------------	------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Tabla 5. Estado civil: médicos con Burnout

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	0	0
Casado	1	100
Viudo	0	0
Divorciado/separado	0	0
Unión libre	0	0
TOTAL	1	100

PROMEDIO DE HIJOS:	3.00
---------------------------	------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Tabla 6. Estado civil: enfermeros sin Burnout

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	5	33.33
Casado	8	53.33
Viudo	1	6.67
Divorciado/separado	0	0
Unión libre	1	6.67
TOTAL	15	100.00

PROMEDIO DE HIJOS:	1.33
---------------------------	------

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

Elaborado por: Autora

En los datos obtenidos prevalece el estado civil casado con el 64.29% en el caso de médicos sin burnout; y 55.33% en el caso de los profesionales enfermeros. En ambos grupos, el promedio de hijos fue de 3 y 1.33 respectivamente.

Tabla 7. Etnia: médicos sin Burnout

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	13	92.86
Blanco	1	7.14
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	14	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 8. Etnia: médicos con Burnout

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	0	0
Blanco	1	100
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	1	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 9. Etnia: Enfermeros sin Burnout

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	15	100
Blanco	0	0
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	15	100.00

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

En lo que corresponde a la etnia en el grupo de médicos sin burnout, el 92.86% se calificaron como mestizos y un 7.14% se catalogaron blancos. En el grupo de las enfermeras, el 100% se cataloga como mestiza.

3.1.2 Características laborales de los profesionales de la salud

Tabla 10. Valor Salarial: médicos sin Burnout

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -\$1000	0	0
\$1001 -\$2000	5	35.71
\$2001 - \$3000	7	50.00
\$3001 - \$4000	2	14.28
\$4001 - \$5000	0	0
\$5001 - \$6000	0	0
TOTAL	14	100.00

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	17.14
-------------------------------------	-------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Tabla11. Valor salarial: médicos con Burnout

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -\$1000	0	0
\$1001 -\$2000	1	100
\$2001 – \$3000	0	0
\$3001 – \$4000	0	0
\$4001 – \$5000	0	0
\$5001 – \$6000	0	0
TOTAL	1	100.00

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	8.00
-------------------------------------	------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Las características laborales permiten conocer las situaciones que rodean a los profesionales de la salud, en donde se puede apreciar que los médicos encuestados están en los siguientes niveles de valor salarial: el 35.71% entre \$1000-\$2000; el 50% entre \$2001 o más, en donde el promedio de tiempo de trabajo es de 17.14 años.

Tabla 12. Valor salarial: enfermeros sin Burnout

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -\$1000	2	13.33
\$1001 -\$2000	13	86.66
\$2001 - \$3000	0	0
\$3001 - \$4000	0	0
\$4001 - \$5000	0	0
\$5001 - \$6000	0	0
TOTAL	15	100.00

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	16.26
-------------------------------------	-------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Por su parte el personal de enfermería registra un nivel salarial en los siguientes rangos: el 13.33% gana entre 0-\$1000; el 86.67% restante gana entre \$1001-\$2000 del valor salarial, con un promedio de 16 años trabajados.

Tabla 13. Sector de trabajo: médicos sin Burnout

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	12	85.71
Privado	0	0
Ambos	2	14.28
TOTAL	14	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 14. Sector de trabajo: médicos con Burnout

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	1	100
Privado	0	0
Ambos	0	0
TOTAL	1	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 15. Sector de trabajo: enfermeros sin Burnout

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	15	100
Privado	0	0
Ambos	0	0
TOTAL	15	100.00

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Los médicos que trabajan únicamente en el sector público representan el 85.71% y los que trabajan en los dos sectores, público y privado, representan el 14.29%. En cuanto a los enfermeros, el 100% registra que únicamente labora en el sector público.

Tabla 16. Porcentaje de pacientes diarios atendidos:
médicos sin Burnout

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	1	7.14
50 - 75 %	7	50.00
75 - 100 %	6	42.85
TOTAL	14	100.00

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	19.76
--	-------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 17. Porcentaje de pacientes diarios atendidos: médicos con Burnout

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	1	100
75 - 100 %	0	0
TOTAL	1	100.00

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	20.00
--------------------------------------	--------------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Tabla 18. Porcentaje de pacientes diarios atendidos: enfermeros sin Burnout

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	3	20.00
50 - 75 %	4	26.66
75 - 100 %	8	53.33
TOTAL	15	100.00

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	19.13
--------------------------------------	--------------

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Durante la jornada de trabajo, los médicos encuestados señalan que un 7,14% dedica entre el 20-50 por ciento de su tiempo a la atención de pacientes, un 50% dedica entre el 50-75 por ciento de su tiempo, y el 42.86% entre el 75-100 de tiempo de atención, con un promedio de atención por día de 20 pacientes.

En cuanto a los enfermeros de la muestra, se registra que un 20% dedica entre un 25-50 por ciento de su tiempo a la atención de pacientes, un 26.67% atiende entre el 50-75 por ciento de su tiempo, mientras que el 53.33% de enfermeros atiende pacientes el 75-100 por ciento de su tiempo, con un promedio diario de 19.13 pacientes.

Tabla 19. Recursos necesarios: médicos sin Burnout

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	4	28.57
Medianamente	7	50.00
Poco	3	21.42
Nada	0	0
TOTAL	14	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Tabla 20. Recursos necesarios: médicos con Burnout

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	0	0
Medianamente	0	0
Poco	1	100
Nada	0	0
TOTAL	1	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral I

Elaborado por: Autora

Tabla 21. Recursos necesarios: enfermeros sin Burnout

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	2	13.33
Medianamente	11	73.33
Poco	2	13.33
Nada	0	0
TOTAL	15	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Un 27% de los profesionales de la salud manifiestan que existe un total apoyo institucional al promover recursos necesarios para su trabajo. 46% de profesionales afirma estar cubiertos medianamente. Otro 27% de profesionales manifiesta sin embargo tener poco apoyo. Por su parte, el 73% de personal de enfermería considera que la institución provee los recursos de medianamente, lo cual puede incidir en brindar una adecuada atención a los usuarios y afectar directamente el desenvolvimiento laboral.

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

En cuanto a la percepción del clima laboral intervienen distintas variables: la valoración de los pacientes, familiares, colegas y directivos de la institución donde se labora. Esta percepción influye en la actitud de cada uno de los profesionales de la salud.

Tabla 22. Valoración de los pacientes:
médicos sin Burnout

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7.14
Bastante	5	35.71
Totalmente	8	57.14
TOTAL	14	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Tabla 23. Valoración de los pacientes:
médicos con Burnout

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100.00

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Tabla 24. Valoración de los pacientes:
enfermeras sin Burnout

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	20.00
Bastante	5	33.33
Totalmente	7	46.67
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaborado por: Autora

Tabla 25. Valoración de los familiares:
médicos sin Burnout

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7.14
Bastante	6	42.86
Totalmente	7	50.00
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 26. Valoración de los familiares:
médicos con Burnout

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 27. Valoración de los familiares:
enfermeras sin Burnout

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	20.00
Bastante	8	53.33
Totalmente	4	26.67
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 28. Valoración de los colegas:
médicos sin Burnout

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7.14
Bastante	5	35.71
Totalmente	8	57.15
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 29. Valoración de los colegas:
médicos con Burnout

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 30. Valoración de los colegas:
enfermeras sin burnout

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6.67
Poco	1	6.67
Bastante	8	53.33
Totalmente	5	33.33
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Los resultados nos permiten apreciar que los profesionales de salud (tanto los médicos como el personal de enfermería) se sienten ellos mismos valorados por sus pacientes, sus familiares y colegas. Se aprecia, en todos los casos, porcentajes altos que se acercan o superar el 50% en la escala cualitativa donde ellos se sienten “bastante” y “totalmente” valorados. Diferente es la valoración que sienten recibir por parte de los directivos.

Tabla 31. Valoración de los directivos:
médicos sin burnout

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	6	42.86
Bastante	3	21.43
Totalmente	5	35.71
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 32. Valoración de los directivos:
médicos con burnout

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 33. Valoración de los directivos:
enfermeras sin burnout

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6.68
Poco	6	40.00
Bastante	4	26.66
Totalmente	4	26.66
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Los resultados muestran que los profesionales de la salud, tanto médicos como enfermeros, se sienten poco valorados (42.86% y 40% respectivamente)

Tabla 34. Satisfacción con el trabajo:
médicos sin Burnout

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	6	42.86
Totalmente	8	57.14
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 35. Satisfacción con el trabajo:
médicos con burnout

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 36. Satisfacción con el trabajo:
enfermeras sin Burnout

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	26.67
Totalmente	11	73.33
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 37. Satisfacción con la interacción con los pacientes: médicos sin Burnout

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7.14
Bastante	1	7.14
Totalmente	12	85.72
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 38. Satisfacción con la interacción con los pacientes: médicos con Burnout

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 39. Satisfacción con la interacción con los pacientes: enfermeras sin Burnout

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	6	40
Totalmente	9	60
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Respecto a la satisfacción con el trabajo y la interacción con los pacientes, sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud registran estar bastante y totalmente satisfechos, con porcentajes que se aproximan o superan el 60%.

Tabla 40. Satisfacción con el apoyo de directivos: médicos sin Burnout

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	7.14
Poco	5	35.72
Bastante	7	50.00
Totalmente	1	7.14
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 41. Satisfacción con el apoyo de los directivos: médicos con Burnout

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 42. Satisfacción con el apoyo de los directivos: enfermeras sin Burnout

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6.67
Poco	5	33.33
Bastante	7	46.67
Totalmente	2	13.33
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

En relación a la satisfacción con el apoyo de los directivos, tanto los médicos como el personal de enfermería se sienten poco o nada satisfechos, con resultados que se acercan o superan el 40% de la muestra en cada grupo.

Tabla 43. Satisfacción de la experiencia laboral: médicos sin Burnout

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	28.57
Totalmente	10	71.43
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora.

Tabla 44. Satisfacción de la experiencia laboral: médicos con Burnout

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora.

Tabla 45. Satisfacción de la experiencia laboral: enfermeras sin Burnout

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46.67
Totalmente	8	53.33
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

En relación a la satisfacción de la experiencia laboral, el grupo de médicos y enfermeras se sienten valorados con porcentajes de 71.43% y 53.33% respectivamente.

Tabla 46 Satisfacción Económica:
médicos sin Burnout

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	21.43
Bastante	7	50.00
Totalmente	4	28.57
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 47. Satisfacción económica:
médicos con Burnout

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Tabla 48. Satisfacción económica:
enfermeras sin Burnout

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	2	13.33
Poco	5	33.34
Bastante	6	40.00
Totalmente	2	13.33
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Autora

Ante la situación económica, los médicos se encuentran poco satisfechos en un porcentaje del 21.43%; bastante satisfechos en un porcentaje del 50%; y totalmente satisfechos en un porcentaje del 28.57%. En cuanto a las enfermeras, un 46% registra sentirse entre nada y poco satisfechos en relación a su situación económica.

3.1.4 Análisis de Resultados del Cuestionario MBI.

En relación a la aplicación del cuestionario MBI para identificar la presencia del síndrome de burnout en los médicos y personal de enfermería, se analizó cada una de las dimensiones que conforman el síndrome de burnout.

Tabla 49. Agotamiento emocional: médicos sin Burnout

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	9	64.29
Medio	4	28.57
Alto	1	7.14
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario MBI
Elaborado por: Autora

Tabla 50. Agotamiento emocional: médicos con Burnout

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario MBI
Elaborado por: Autora

Tabla 51. Agotamiento emocional: enfermeras sin Burnout

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	13	86.68
Medio	1	6.66
Alto	1	6.66
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario MBI
Elaborado por: Autora

En relación a la dimensión de *agotamiento emocional* se registra en los médicos que el 64.29% se encuentra en nivel bajo, el 28.57% en un nivel medio y el 7.14% en nivel alto. En cuanto al personal de enfermería el 86.68% presentan un nivel bajo, el 6.66% presenta tanto un medio como un nivel alto. Se puede determinar que, en su mayoría, los profesionales de salud, tanto médicos como enfermeras, se sienten física y emocionalmente con buena predisposición para realizar su trabajo.

Tabla 52. Despersonalización:
médicos sin Burnout

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	12	85.71
Medio	2	14.29
Alto	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Autora

Tabla 53. Despersonalización:
médicos con Burnout

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Autora

Tabla 54. Despersonalización.
enfermeras sin Burnout

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	14	93.33
Medio	1	6.67
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Autora

En la dimensión de *Despersonalización*, el 85.71% de los médicos se encuentra en nivel bajo, mientras que el restante 14.29% se encuentra en el nivel medio. Respecto a las enfermeras, el 93.33% de la muestra registra un nivel bajo en despersonalización; y un 6.67% un nivel medio. Esto nos indica que los profesionales evaluados en este estudio presentan una buena actitud frente al trato con sus pacientes y a sus compañeros de trabajo.

Tabla 55. No realización Personal:
médicos sin Burnout

No Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	14	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Autora

Tabla 56. No realización personal:
médicos con Burnout

No Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	1	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Autora

Tabla 57. No realización personal:
enfermeras sin Burnout

No Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	15	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Autora

Y por último, en cuanto a la No realización personal, el 100% de los profesionales de la salud registra un nivel bajo.

Sabiendo que para determinar el SQT se debe presentar un nivel alto en dos de las tres dimensiones, esto se cumple únicamente en un 0.30% de nuestra muestra representativa (las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización).

3.1.5 Resultado del Cuestionario de Salud (GHQ-28)

Tabla 58. Síntomas Psicosomáticos:
médicos sin Burnout

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	2	14.29
No Caso	12	85.71
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)

Elaborado por: Autora

Tabla 59. Síntomas psicosomáticos:
médicos con Burnout

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	1	100
No Caso	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)

Elaborado por: Autora

Tabla 60. Síntomas psicósomáticos:
enfermeras sin Burnout

Síntomas Psicósomáticos		
Estado	fr	%
Caso	3	20
No Caso	12	80
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)

Elaborado por: Autora

En lo tocante a los síntomas psicósomáticos, tanto los médicos como el personal de enfermería presentan la misma proporción de síntomas en cada grupo: en el caso de los médicos, un 14.29% presenta caso frente a un 85.71% que no presenta síntomas; en el caso de los enfermeros, un 20% que presentan caso frente a un 80% que no registran síntomas.

Tabla 61. Ansiedad:
médicos sin Burnout

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	5	35.71
No Caso	9	64.29
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)

Elaborado por: Autora

Tabla 62. Ansiedad:
médicos con Burnout

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	1	100
No Caso	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)

Elaborado por: Autora

Tabla 63. Ansiedad:
enfermeras sin Burnout

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	4	26.67
No Caso	11	73.33
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)

Elaborado por: Autora

En relación a los síntomas de ansiedad, el 35.71% de los médicos presenta un caso, frente a un 26.67% del personal de enfermería.

Tabla 64. Disfunción Social:
médicos sin Burnout

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	14	100
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)
Elaborado por: Autora

Tabla 65. Disfunción social:
médicos con Burnout

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)
Elaborado por: Autora

Tabla 66. Disfunción social:
enfermera sin Burnout

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)
Elaborado por: Autora

Tabla 67. Depresión:
médicos sin Burnout

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	14	100
TOTAL	14	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)
Elaborado por: Autora

Tabla 68. Depresión:
médicos con Burnout

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)
Elaborado por: Autora

Tabla 69. Depresión:
enfermeras sin Burnout

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario de salud (GHQ-28)
Elaborado por: Autora

En lo tocante a la disfunción social y a la depresión, el 100% de los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) que no presentan los criterios para diagnosticar el SQT, no registran estos síntomas.

Se puede evidenciar que en esta muestra de profesionales tanto los médicos como los enfermeros tienden a presentar caso de síntomas psicosomáticos y de ansiedad, producto de su rol de tener en sus manos la vida y la salud de sus pacientes.

3.1.6 Resultados del Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Tabla 70. Estrategias de Afrontamiento:
médicos sin Burnout

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	44
Afrontamiento Activo	46
Negación	30
Uso de Sustancias	28
Uso del Apoyo Emocional	34
Uso de Apoyo Instrumental	36
Retirada de Comportamiento	30
Desahogo	35
Replanteamiento Positivo	44
Planificación	42
Humor	36
Aceptación	45
Religión	39
Culpa a Sí Mismo	39

Fuente: Cuestionario de afrontamiento (B-COPE)
Elaborado por: Autora

Tabla 71. Estrategia de Afrontamiento:
médicos con Burnout

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	4
Afrontamiento Activo	3
Negación	2
Uso de Sustancias	2
Uso del Apoyo Emocional	2
Uso de Apoyo Instrumental	5
Retirada de Comportamiento	2
Desahogo	2
Replanteamiento Positivo	3
Planificación	4
Humor	2
Aceptación	2
Religión	2
Culpa a Sí Mismo	3

Fuente: Cuestionario de afrontamiento (B-COPE)
Elaborado por: Autora

Tabla 72. Estrategias de Afrontamiento:
enfermeras sin Burnout

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	50
Afrontamiento Activo	52
Negación	36
Uso de Sustancias	33
Uso del Apoyo Emocional	41
Uso de Apoyo Instrumental	47
Retirada de Comportamiento	39
Desahogo	43
Replanteamiento Positivo	56
Planificación	55
Humor	33
Aceptación	55
Religión	61
Culpa a Sí Mismo	43

Fuente: Cuestionario de afrontamiento (B-COPE)
Elaborada por: Autora

Los datos recogidos a partir de la muestra de los médicos nos arrojan una sumatoria de 46 en cuanto a grado de afrontamiento activo para intentar eliminar o reducir la fuente de

estrés, en 45 en tanto se acepta la situación como real y en 44 el reinterpretar positivamente, tomar la situación estresora como una oportunidad para mejorar. Con igual sumatoria los médicos utilizan el afrontamiento de autodistracción disipando el foco estresor en otras actividades u ocupaciones.

En el cuestionario de afrontamiento se registra el uso de apoyo instrumental con una suma de 36, la auto-distracción con una suma de 44, igual para planificación.

Por su lado el personal de enfermería participa mayoritariamente en actividades religiosas (suma de 61) seguido de un replanteamiento positivo (suma de 56), lo que indica que pueden tomar una situación estresora como una oportunidad para crecer, seguido de una planificación y aceptación (suma 55), esto es, pensar y analizar cómo hacer frente al estresor y tomar conciencia que la situación es real.

En esta muestra, los profesionales de la salud cuentan con estrategias que les permiten, de una manera activa, afrontar diversos estresores de manera eficaz.

3.1.7 Análisis de resultados del cuestionario de Apoyo social (MOSS-SSS)

Tabla 73. Apoyo Social: médicos sin Burnout

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1192.50
Apoyo Instrumental	1135
Redes Sociales	1225
Amor y Cariño	1213.33

Fuente: Cuestionario de apoyo social MOSS
Elaborada por: Autora

Tabla 74. Apoyo social: médicos con Burnout

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	100
Apoyo Instrumental	100
Redes Sociales	100
Amor y Cariño	100

Fuente: Cuestionario de apoyo social MOSS
Elaborada por: Autora

Tabla 75. Apoyo social: enfermeras sin Burnout

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1187.50
Apoyo Instrumental	1240
Redes Sociales	1275
Amor y Cariño	1313.33

Fuente: Cuestionario de apoyo social MOSS
Elaborado por: Autora

Referente al apoyo social, encontramos en la escala de interacción social positiva un 88% de la muestra que encuentra apoyo en sus redes sociales; un 87% busca apoyo afectivo en

la demostración de amor y cariño con los otros; un 84% busca un neto apoyo emocional y un 81% busca apoyo instrumental, es decir, la ayuda doméstica.

3.1.8 Análisis de resultados del Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

Tabla 76. Personalidad: médicos sin Burnout

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	12	11.22
Extroversión	67	62.62
Psicoticismo	15	14.02
Sinceridad	13	12.14
TOTAL	107	100

Fuente: Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

Elaborado por: Autora

Tabla 77. Personalidad: médicos con Burnout

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	0	0
Extroversión	4	50
Psicoticismo	2	25
Sinceridad	2	25
TOTAL	8	100

Fuente: Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

Elaborado por: Autora

Tabla 78. Personalidad: enfermeras sin Burnout

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	22	16.92
Extroversión	64	49.23
Psicoticismo	26	20.00
Sinceridad	18	13.85
TOTAL	130	100

Fuente: Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

Elaborado por: Autora

De acuerdo a los datos obtenidos mediante este cuestionario, el 62.62% de los médicos encuestados se ubican en la escala de extraversión; aparece como siendo sociable, optimista y abierto al cambio, el 14.02% se ubica en la escala de Psicoticismo, siendo así de

pensamiento duro, baja empatía; el 12.14% se ubica en la escala de sinceridad y un 11.22% en la escala de Neuroticismo.

El referente médico que presenta indicadores suficientes de burnout obtiene en este cuestionario de personalidad un 50% en extraversión, así como 25% tanto en Psicoticismo como en Sinceridad.

En cuanto al personal de enfermería, el 16.92% se ubica en la escala de Neuroticismo, el 49.23% de Extraversión, el 20% en Psicoticismo y el 13.85% en Sinceridad.

3.2. Discusión de los resultados obtenidos

A lo largo de este trabajo hemos descrito el Síndrome de Quemazón Laboral (SQT) como una respuesta ante una situación laboral estresante y crónica, que se origina principalmente en el mercado de profesiones que se centran en la prestación de servicios y roce directo con otros seres humanos, razón por la cual la Universidad Técnica Particular de Loja, mediante su Programa de Investigación, por intermedio de la Titulación de Psicología, ha considerado la necesidad de identificar la prevalencia del SQT en los profesionales de la salud e identificar cuáles son los factores que se relacionan a dicho síndrome en el contexto específico del Ecuador.

En la investigación realizada en un hospital de servicio público de la ciudad de Guayaquil, se consideraron los resultados más relevantes, entre los cuales tenemos:

De los 15 médicos participantes, el 93% de casos no presentó el SQT, esto es, tan sólo un profesional contó con criterios suficientes como para diagnosticarle SQT puesto que presentó nivel alto en dos de las tres dimensiones. Mientras que en la muestra de las 15 licenciadas en enfermería, no se registra la presencia del síndrome. Con respecto al género, no nos fue posible realizar la comparación al interior de la misma muestra, ya que únicamente se nos presentó el caso de un profesional con el SQT, en esta ocasión, del género masculino. Ya hemos desarrollado las varias ideas que se tienen al respecto luego de las varias investigaciones sobre la relación entre el SQT y el género, donde habíamos reseñado que no hay pleno consenso en cuanto a la relación entre el género y el SQT. En esto seguimos a Gil-Monte (2011), quien de manera específica sostiene que es únicamente en el nivel de la Despersonalización (mas no en los niveles de Agotamiento emocional ni de Baja realización personal) donde se presentan diferencias significativas en función del género. En nuestra investigación podemos apreciar en el único caso de SQT que efectivamente es así.

Precisamente, el caso del médico que presenta *burnout* registra un nivel alto en las subescalas de agotamiento emocional y *despersonalización*. Claro está que es curioso que en la muestra de las enfermeras, género femenino, ninguna desarrolló el síndrome, pero no es suficiente considerar que el género masculino como un factor poderoso en el desencadenamiento del SQT.

Por lo que debemos apuntar a otras variables que intentaremos poner de relieve. Por ejemplo, en relación al estado civil, los médicos que no presentan SQT están en su mayoría casados (67%); por su parte, el médico que presentó SQT se encuentra casado. Claro está que esto no dice gran cosa sobre la calidad de la relación conyugal, o los riesgos y las potencialidades que se encuentran al interior del hogar. Tomemos otro ejemplo: la variable "Etnia": tenemos que el sujeto que presenta el SQT se define como de raza "blanca", a diferencia de la mayoría restante de la muestra que se autodefinen como "mestizo". Pero no podemos concluir que ser de etnia caucásica predispone al SQT. Por otra parte, el 36% de la muestra goza de un nivel salarial entre \$1001-\$2000, nivel en el cual también se encuentra ubicado el sujeto que presentó SQT. ¿Si este sujeto gana lo mismo que los otros, por qué él desarrolló el SQT? ¿En qué se diferencia?

En este momento recordamos los aportes que habíamos desarrollado previamente en nuestro marco teórico de la mano de Gil-Monte (2011): las investigaciones reflejan resultados muy dispares que no permiten obtener predicciones certeras a partir del aislamiento de tendencias en las variables sociodemográficas.

Si queremos entender cómo el sujeto de nuestra investigación aquejado del SQT pudo verse efectivamente aquejado de este síndrome, debemos aceptar que lo que desgasta al trabajador paulatinamente es un conjunto de variables laborales, sociales y personales, que no necesariamente afectan de la misma manera en todas las personas. Esto es: las diferencias individuales pueden ser de peso. Una vez más tomemos en cuenta el siguiente ejemplo; el número de pacientes que cada médico atiende, el cual es un número elevado (un promedio de 20 pacientes al día), podría dar pauta para sostener que varios de los médicos se encuentran ya, por ese sólo hecho, en una situación de vulnerabilidad para contraer el SQT. Pero no ocurre así. El hecho de tener un gran número de pacientes atendidos por día no es variable suficiente para desarrollar el SQT.

Lo que con este recorrido queremos poner de relieve es que *no hay una sola variable que, por sí sola, desencadene el advenimiento del SQT. Además, cada variable no actúa igual de persona en persona* (Gil-Monte y Peiró, 2004). Así, se requiere de la participación de toda una serie de factores psicosociales negativos en el área de trabajo (Alderete,

Navarro, González, Contreras y Pérez, 2015); (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, s.f.)

Veamos por otra parte, los resultados de las variables sociodemográficas y laborales de la muestra de enfermeras, de los cuales, ninguna presentó el síndrome. Los resultados reflejan que en general las enfermeras se sienten valoradas y satisfechas en sus trabajos, a pesar de contar medianamente con recursos para ejercer su labor, o no sentirse totalmente respaldadas por los directivos, o no estar plenamente satisfechas con su valor salarial. Se puede apreciar que *un factor de riesgo se compensa, sin embargo, con otra situación positiva del entorno laboral*. Vemos que este grupo de profesionales utiliza el afrontamiento positivo como mecanismo protector ante situaciones de estrés, específicamente, el afrontamiento indirecto, estrategia que se concentra en controlar las propias emociones cuando se es incapaz de modificar directamente el ambiente (Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2003).

¿Qué es lo que ocurrió, entonces, en el sujeto de nuestro estudio que presenta el SQT? Pues él no contó con estas “estrategias de afrontamiento eficaces” (Martínez, 2010) que sí se encontraron en el grupo de las enfermeras. Específicamente, los mecanismos de afrontamiento de este médico que presentó burnout se dirigen hacia la búsqueda de una persona capacitada o instruida para encontrar ayuda o consejo y así sobrellevar el factor estresor; de igual manera, busca auto-distracción, intentando disipar la concentración del problema en otras actividades. Esto dista mucho de, por ejemplo, el personal de enfermería, que ante una situación de estrés participa en actividades sociales, actividades religiosas, realiza un cambio cognitivo para afrontar emocionalmente un estresor externo, o efectúa un replanteamiento positivo de una mala situación para convertirla en oportunidad. Esto es: el sujeto de nuestra investigación en el que se desencadenó el SQT no había desarrollado estrategias eficaces para afrontar momentos de estrés.

Además, los resultados de nuestra investigación nos permiten sostener que las variables sociodemográficas y laborales influyen para la aparición del síndrome, pero como consecuencia de otras variables como la de personalidad y de salud general. *En este caso del médico que presentó el síndrome, se lo puede relacionar con su salud general, ya que manifestó síntomas de ansiedad y síntomas psicósomáticos*. Otros datos reflejan que el médico que presenta burnout registra los siguientes rasgos o factores de personalidad: 50% en extraversión y 25% en Psicoticismo y en Sinceridad. Si bien el resultado predominante es el de extraversión, el 25% para Psicoticismo indica que el individuo presenta cierta crueldad, baja empatía, así como pensamiento inflexible. Esto lo predispone a un locus de

control externo (Rotter, 1966), esto es, a sentir que las circunstancias externas son poderosas, ante las cuales no funcionan las estrategias protectoras, quedando en una sensación de insatisfacción o desamparo.

Sostenemos que, en este caso, *son estos síntomas de ansiedad en conjunto con los síntomas psicosomáticos, así como los rasgos de personalidad (psicoticismo), lo que debilita su participación y percepción ante las otras variables sociodemográficas y laborales,* tales como la experimentación de la falta de recursos, dificultades en cuanto al tipo de pacientes que atiende, al promedio de citas diarias atendidas, a la falta de apoyo y valoración de los directivos y el estar inconforme con su economía respecto al salario percibido. De esta manera, no importa que él gane el mismo sueldo que sus colegas, puesto que ya hay varios aspectos que lo llevan a ver el mundo bajo el filtro de lo “quemado”. Así, hay factores laborales que, al menos en teoría, son iguales para todos, pero interpretados por cada uno según su salud mental, su personalidad, sus estrategias de afrontamiento, pero también con el tipo de uso que hace del apoyo social que encuentra disponible.

Veamos por ejemplo los resultados de los médicos sin burnout en cuanto al apoyo social: los resultados nos permiten concluir que los puntajes altos de apoyo social influyen en los porcentajes bajos en agotamiento emocional y despersonalización. Esto indica que el apoyo social actúa como un mecanismo protector para no desencadenar burnout en estos profesionales (Campero y Hernández, 1997). Y de igual manera, *es importante el apoyo social para el tratamiento psicológico o laboral de las personas que presentan burnout en tanto puede actuar como un mecanismo protector.*

El médico de nuestra investigación que ha desarrollado el SQT registra que hace buen uso del apoyo social. Un análisis superficial podría sostener que esto es contradictorio, que este sujeto debería experimentar la sensación de contar con poco apoyo social. Sin embargo, los factores de personalidad influyen en que él no experimente el apoyo social como factor que incida positiva o negativamente en su estrés. Esto pone de manifiesto, una vez más, que no se pueden encontrar, al menos no tan fácilmente, leyes exactas sobre lo que determina el SQT.

CONCLUSIONES

La finalidad principal de la investigación, fue identificar la existencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud en un hospital de servicio público de Guayaquil y los factores relacionados con este fenómeno, permitiendo conocer la existencia de variables sociodemográficas y laborales, establecer el nivel de burnout, salud general, rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y de apoyo social.

- Se identificó el Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT), en uno de los profesionales médicos que laboran en el hospital de servicio público de la ciudad de Guayaquil, predominando los factores de agotamiento emocional y despersonalización.
- Respecto a la salud mental del profesional del hospital de servicio público en el cual se desencadenó el SQT, se pudo precisar síntomas psicósomáticos y de ansiedad, así como factores de personalidad (psicoticismo) como factores de gran incidencia que pueden elevar el nivel de la despersonalización y de agotamiento emocional, de lo cual se desprende que los factores de salud y de personalidad aumentan el de riesgo de padecer el Síndrome de burnout.
- Se pudo determinar que ciertos factores sociodemográficos y laborales, como los escasos recursos, el poco apoyo de los directivos y la insatisfacción económica, afectan a los profesionales de la salud, sin que estos incidan de manera directa, *ya que deben estar asociados con otras variables para que influya en la aparición del síndrome de burnout*, tales como acentuados problemas de personalidad, poco desarrollo de estrategias de afrontamiento o poco apoyo social.
- Se pudo conocer que la mayor parte de los profesionales de la salud del hospital, utilizan de manera adecuada el afrontamiento, haciéndolo activa y positivamente ante el factor estresor, y lo emplean para crecer y mejorar, lo que permite que el propio individuo reduzca o elimine la fuente de estrés.
- Los profesionales de la salud del hospital, disponen de apoyo emocional, instrumental, de redes sociales y de apoyo afectivo, lo que contribuye como un mecanismo protector para que no se genere el síndrome o reducir el mismo en caso de quien lo padezca.
- Se identificó los rasgos o factores de personalidad que presentan los profesionales de la salud del hospital, *siendo el más sobresaliente extraversión seguido por psicoticismo*, siendo estos resultados determinantes para el hallazgo de un solo caso de Burnout.

RECOMENDACIONES

De acuerdo al trabajo de campo y al análisis de resultado se puede plantear las siguientes recomendaciones:

- En relación al profesional que presenta el síndrome y los que pueden desarrollar el mismo, es necesario intervenir desde la organización para entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo mediante técnicas para resolver problemas y mejorar la toma de decisiones; desde el nivel interpersonal se debe considerar programas de autoayuda, liderazgo para desarrollar técnicas de solución de problemas y a nivel individual se debe dar respuestas a las necesidades particulares sobre la manera de afrontar el estrés.
- Concientizar en los profesionales de la salud, que los síntomas psicósomáticos y de ansiedad pueden volverse un trastorno, por lo que es necesario tener o desarrollar un afrontamiento activo ante algún estresor, para reducir el efecto de los mismos.
- Mejorar el ambiente laboral en el hospital de servicio público, mediante estrategias de comunicación, para que los profesionales de la salud se sientan respaldados y apoyados por sus directivos, para minimizar la incidencia de los factores valoración y satisfacción laborales.
- Potencializar el afrontamiento como mecanismo protector ante situaciones estresores, mediante técnicas de desarrollo para la toma de decisiones y ofrecer apoyo adecuado de parte de los directivos de la institución.
- Continuar con el adecuado apoyo social de cada profesional de la salud, para seguir utilizándolo como mecanismo protector, para que no se genere el síndrome o reducirlo en caso de quien lo padezca.
- Concientizar en los profesionales de la salud, que presentan rasgos de neuroticismo y psicoticismo la importancia de desarrollar un afrontamiento activo ante algún estresor, para reducir la afectación del síndrome de burnout.
- Los resultados muestran que los profesionales de la salud, tanto médicos como enfermeros, se sienten poco valorados (42.86% y 40% respectivamente). Por esto, se deben implementar estrategias para mejorar la comunicación entre ellos y así obtener un personal más comprometido con la institución, de esta manera poder brindar un mejor servicio de satisfacción hacia el usuario.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda Beltrán , C., Pando Moreno , M., & Pérez Reyes, M. (enero-junio de 2004).
<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114109.pdf>. Obtenido de
<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114109.pdf>:
<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114109.pdf>
- Aldrete, M., Navarro, C., González, R., Contreras, M., & Pérez, J. (Abril de 2015). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007>
- Alvarado, M. (marzo de 2017). <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17935/1>. Obtenido de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17935/1/Alvarado_Zenteno_Mar%C3%ADa_Elizabeth.pdf
- Álvarez, E., & Fernández, L. (1991). www.aen.es. Obtenido de www.aen.es: <http://www.e-thinkingformacion.es/wp-content/uploads/2014/03/bournout.pdf>
- Apiquian, A. (26 de Abril de 2007). www.ucm.es. Obtenido de www.ucm.es: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-28861/sindrome%20burnout.pdf>
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., & Pierart, T. (Agosto de 2009). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007
- Barbosa, L., Muñoz, M., Rueda, P., & Suárez, K. (2009). dialnet.unirioja.es. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4905126.pdf>
- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K., & Ruiz, J. (2007). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723106>. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723106>.
- Candioti, M. (6 de Agosto de 2006). Obtenido de <https://marcialcandioti.wordpress.com/2008/08/06/hans-selye-el-descubrimiento-del-estres/>
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (Agosto de 1997). <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2277.pdf>. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2277.pdf>:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2277.pdf>
- CEPYME(Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa). (s.f.).Burnout, N. 5. http://www.conectapyme.com/gabinete/p3/recursos/contenidopdf/Nivel_5.pdf. Obtenido de http://www.conectapyme.com/gabinete/p3/recursos/contenidopdf/Nivel_5.pdf:
http://www.conectapyme.com/gabinete/p3/recursos/contenidopdf/Nivel_5.pdf
- COPES.Consejo General de la Psicología de España. (s.f.). Obtenido de El Estrés: <http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag13.htm>

- Durán, M. M. (2010). //201.196.149.98/revistas/index.php/rna/article/view/285. Obtenido de <http://201.196.149.98/revistas/index.php/rna/article/view/285>: <https://scholar.google.es/scholar?q=BIENESTAR+PSICOL%C3%93GICO%3A+EL+ESTR%C3%89S++Y+LA+CALIDAD+DE+VIDA+EN+EL+CONTEXTO+LABORAL+Mar%C3%ADA+Martha+Dur%C3%A1n+Escuela+de+Ciencias+de+la+Administraci%C3%B3n+Universidad+Estatal+a+Distancia%2C+Costa+Rica+&btnG=&h>
- Feldman, L., Goncalvez, L., Chacon-Puignau, G., Saragoza, J., Bages, N., & De Pablo, J. (SEPTIEMBRE de 2008). <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11>. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11>: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11>
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., & Escalona, R. (enero de 2002). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100006. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100006: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100006
- Gabriel, G. (2008). *Hans Selye: El descubrimiento del Estrés*. Recuperado el Mayo de 2017, de MARCIAL RAFAEL CANDIOTI IV – MI LEGADO: HUMANIDAD, SOLIDARIDAD, INDEPENDENCIA, ¡LIBERTAD!: <https://marcialcandioti.wordpress.com/2008/08/06/hans-selye-el-descubrimiento-del-estres/>
- García-Allen, J. (s.f.). <https://psicologiyamente.net/personalidad/teoria-personalidad-eysenck-modelo-pen>. Obtenido de <https://psicologiyamente.net/personalidad/teoria-personalidad-eysenck-modelo-pen>
- Gil, D., Martínez, M., & Zapata, M. (23 de Septiembre de 2015). Obtenido de <http://ridum.umanizales.edu.co>: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/2223>
- Gil.Monte, P. (Enero de 2007). Cómo evaluar y prevenir el síndrome de quemarse por el trabajo. *Gestión Práctica de Riesgo Laborales*, 44. Obtenido de http://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2007_Gestion_Practica_Preencion_RRLL.pdf
- Gil-Monte, P. (2011). EL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT). En P. GIL-Monte, *EL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT)* (págs. 106-110). Madrid: Piramide.
- González, S., & González, M. E. (2012). Estrés Académico en el Nivel Medio. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por*, Vol. 1 No. 2, pp: 32-70.
- Hernández, C., Juárez, A., Hernández, E., & Ramírez, J. (2005). www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053b.pdf. Obtenido de www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053b.pdf: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053b.pdf>

- Hernández, G., & Olmedo, E. (2004).
<http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/46>. Obtenido de
<http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/46>:
<http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/46>
- Hernández, L., Olmedo, E., & Ibáñez, I. (septiembre de 2003).
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf. Obtenido de
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf:
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). Diseño no experimental. En
Metodología de la investigación (pág. 216). La Habana: Editorial Félix Varela, 2.
- <http://web.eldia.es/2012-01-28/PRENSA/6-Origen-consecuencias-sindrome-desgaste-profesional-burn-out.htm>. (28 de Enero de 2012). Obtenido de
<http://web.eldia.es/2012-01-28/PRENSA/6-Origen-consecuencias-sindrome-desgaste-profesional-burn-out.htm>: <http://web.eldia.es/2012-01-28/PRENSA/6-Origen-consecuencias-sindrome-desgaste-profesional-burn-out.htm>
- INEC. (2010). <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>.
- Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). (2009). Depresión. Obtenido de
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) (s.f.): Obtenido de
<http://www.insht.es/portal/site/RiesgosPsicosociales/menuitem.8f4bf744850fb29681828b5c180311a0/?vgnnextoid=afeb84fbb7819410VgnVCM1000008130110aRCRD>
- Lazarus, R., & Folkman. (1986). *Explorable*. Obtenido de <https://explorable.com/es/el-estres-y-la-evaluacion-cognitiva>
- López-Araújo, Segovia, A. O., & Peiró, B. (2007). www.unioviado.es. Obtenido de
www.unioviado.es: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8600>
- Martínez, A. (Septiembre de 2010).
<http://www.vivatacademia.net/index.php/vivat/article/view/192>. Obtenido de
<http://www.vivatacademia.net/index.php/vivat/article/view/192/188>
- Meliá, J., & Peiró, J. M. (1989). <http://www.uv.es>. Obtenido de <http://www.uv.es>:
http://www.uv.es/~meliajl/Research/Art_Satisf/ArtS20_23.PDF
- Merton. (s.f.). *Teoría y estructura social*. Obtenido de
<https://es.scribd.com/document/48244864/Merton-Robert-Teoria-y-Estructura-Social>
- Miguel-Toba, J. J., & Cano-Vindell, A. (2002).
http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45232824/Emocin_y_Clinica_Psiopatologa_de_las_emo20160430-13388-3ro1lk.pdf. Obtenido de

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45232824/Emocin_y_Clinica_Psi_copatologa_de_las_emo20160430-13388-3ro1lk.pdf:
http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45232824/Emocin_y_Clinica_Psi_copatologa_de_las_emo20160430-13388-3ro1lk.pdf

Moreno, B., Garrosa, E., & Gálvez, M. (2005).
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia>. Obtenido de
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia>:
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>

Naranjo Pereira, M. (2009). *www.redalyc.org*. Obtenido de *www.redalyc.org*:
<http://www.redalyc.org/html/440/44012058011/>

OMS. (23 de Mayo de 2007). Obtenido de
http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf

OMS. (Diciembre de 2013). Obtenido de www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

OMS. (2013). *www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/*. Obtenido de
www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

Paredes, O., & Sanabria-Ferrand, P. (Paredes, O., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008).
Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico
quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables
sociodemográficas y laborales. *Revista Médica*, 16(1), 25-32. de 2008).
https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Sanabria_Ferrand/publication. Obtenido
de https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Sanabria_Ferrand/publication:
https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Sanabria_Ferrand/publication

Ramírez, R. (2012), MANUAL DE TRABAJO DE INVESTIGACION Y ELABORACION
DEL INFORME DE FIN DE CARRERA. (p.21-24).Loja.

Ramírez, R. (2015). <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/14632>. Obtenido de
<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/14632>

Saco Méndez, S., & Quiroz Valdivia, R. (2003).
http://www.bvsde.opsoms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/a04.pdf. Obtenido de
http://www.bvsde.ops-oms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/a04.pdf:
http://www.bvsde.ops-oms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/a04.pdf

Santes, M. d., Menendez, S., Martinez, N., Ramos, I., Preciado, M. d., & Pando, M. (2009).
Obtenido de
<http://www.nuevosfoliosbioetica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/656/553>

Sarraís, F. d. (2007). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000200011&script=sci_arttext&tlng=e. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000200011&script=sci_arttext&tlng=e:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000200011&script=sci_arttext&tlng=e

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (1 de Marzo de 2003).
<http://www.redalyc.org/articulo.oa>. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa>:
http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/141.pdf

Sincero, S. (2012). El Estrés y la evaluación cognitiva. Obtenido de
<https://explorable.com/es/el-estres-y-la-evaluacion-cognitiva>

Urcelay I. (2011). Estrés y salud Laboral. Obtenido en
[https://psicorg2011.files.wordpress.com/2011/04/estrc3a9s-y-salud-laboral-a .pdf](https://psicorg2011.files.wordpress.com/2011/04/estrc3a9s-y-salud-laboral-a.pdf)

Valdes, C. B., Austria-Corrales, F., Herrera-Kiengelher, L., Vázquez-García, J., Vega, C., & Salas-Hernández, J. (2010). <http://www.medigraphic.com>. Obtenido de ,: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt103b.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

REPÚBLICA DEL ECUADOR



El Ecuador ha sido, es
y será País Amazónico

**ARMADA DEL ECUADOR
HOSPITAL GENERAL HOSNAG**



Oficio Nro. FN-HOSNAG-SDD-2016-001-O
Guayaquil, 06 de enero de 2017

Asunto: Autorización Trabajo de Investigación

**Señora
Mireya Medina P.
COORDINADORA DEL CENTRO
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Presente.-**

De mis consideraciones:

En referencia a la solicitud de su Oficio, esta Dirección autoriza a la **Srta. ANABEL VACA ORAMAS con C.I. 0702795824**, egresada de la Titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja para que realice el Trabajo de Investigación sobre el Tema "Identificar el S. Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionado con este fenómeno en el Ecuador"; para lo cual aplicará cuestionarios en la participación voluntaria de 15 Servidores Públicos Médicos y 15 Servidores Públicos Licenciados/as en Enfermería que laboran en el Hospital General HOSNAG y en el Hospital General Militar HGII, manteniendo la confidencialidad de la información entregada por los encuestados.

El resultado del trabajo de investigación debe ser entregado a esta Dirección, a fin de ser considerado en la publicación de nuestra Revista Médica Naval.

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y LIBERTAD


María Elena **CHICA** Mata
Capitán de Navío-CSM
DIRECTORA



Copia para: JEFE SERV. PEDIATRIA.- Archivo.-

ERR/M. Escala.-

Anexo 2

REPÚBLICA DEL ECUADOR



El Ecuador ha sido, es
y será País Amazónico

**ARMADA DEL ECUADOR
HOSPITAL GENERAL HOSNAG**



Oficio Nro. FN-HOSNAG-SDD-2016-003-O
Guayaquil, 06 de enero de 2017

Asunto: Nómina de personal para Trabajo de Investigación

**Señora
Mireya Medina P.
COORDINADORA DEL CENTRO
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Presente.-**

De mis consideraciones:

En referencia al Oficio No. HOSNAG-SDD-001-0, esta Subdirección emite la nómina del Personal que se encuentra autorizado para que la **Srta. ANABEL VACA ORAMAS con C.I. 0702795824**, aplique los instrumentos psicológicos relacionado con su trabajo de Investigación sobre el Tema "Identificar el S. Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionado con este fenómeno en el Ecuador".

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y LIBERTAD


Edgar Rodríguez Reyes
Capitán de Navío-CSM
SUBDIRECTOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Copia para: Archivo.-

ERR/M. Escala.-

Anexo 3



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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 Solteró Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: Si No
 Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes Martes Miércoles
 Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores
 En el caso de realizar guardia indique el número de horas: _____ y cada cuantos días: _____

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

Anexo 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA .
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 5

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

<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%20valor>

Anexo 6

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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:

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

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

Anexo 7

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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>

Anexo 8

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta coloque una cruz bajo la palabra SI o la palabra No según sea su modo de pensar o sentir. No h 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. Evsenck v S. B. G. Evsenck.1975.Versión abreviada Francis.