



# UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La Universidad Católica de Loja*

## ÁREA SOCIO-HUMANISTA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Síndrome de Burnout y su relación con el apoyo emocional en médicos/as y enfermeras en un centro privado ubicado en el centro sur de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017.**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

**AUTOR:** Vélez Ortiz, Augusta Catalina

**DIRECTORA:** Guevara Mora, Sandra Rocio, Mgtr.

LOJA-ECUADOR

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**

Mgr.

Sandra Rocío Guevara Mora

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

Que el presente trabajo de titulación: "Síndrome de Burnout y su relación con el apoyo emocional en médicos/as y enfermeras en un centro privado ubicado en el centro-sur de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017", realizado por Vélez Ortiz Augusta Catalina ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2017.

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

"Yo Augusta Catalina Vélez Ortiz, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: "Síndrome de *Burnout* y su relación con el apoyo emocional en médicos/as y enfermeras en un centro privado ubicado en el centro sur de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017", de la Titulación de Psicología, siendo Sandra Rocío Guevara Mora, 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 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero o institucional (operativo) de la Universidad.



f).....  
Autor: Vélez Ortiz Augusta Catalina  
CI: 1103123178

## DEDICATORIA

Al Buen Dios creador de todas las cosas, que me ha dado la vida y ha sido un Padre maravilloso que ha estado presente en cada instante, quien con sus cuidados, protección y ayuda ha dirigido mis pasos y me ha dado la fuerza necesaria para ir alcanzando metas y superando obstáculos.

A mi madre, una verdadera guerrera, quien a través de su ejemplo me ha impulsado a seguir adelante, sus consejos han sido el combustible para continuar los caminos de la Vida.

A mi compañero de vida, mi esposo, de quien he recibido el mayor apoyo en estos años de estudio, por su amor, dedicación y entrega.

A mis queridos hijos, razón de ser de mi vida, quienes, a través de sus juegos, travesuras y hasta discusiones, hacen de cada día Mi hogar, mi lugar favorito de descanso.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, Padre bueno y generoso por darme la vida.

A mi familia, mi esposo y nuestros hijos por estar allí en cada momento, siendo un escudo, consuelo y mi respiro de todos los días.

A mi tutora, Mgtr. Sandra Rocío Guevara Mora, quien con su experiencia y conocimientos ha guiado este proyecto, brindándome su apoyo y paciencia.

A la Mgtr. Marina del Rocío Ramírez, por su paciencia y tiempo, quien tan amablemente me ha atendido cuando lo necesitaba, una profesional con calidez y calidad humana.

## INDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Conceptualizaciones.....	6
1.1.1. Conceptualización del <i>Burnout</i> .....	6
1.2. Discriminación con otros constructos.....	7
1.2.1. Estrés general.....	7
1.2.2. Fatiga física.....	7
1.2.3. Depresión.....	8
1.2.4. Tedio o aburrimiento.....	8
1.2.5. Acontecimientos vitales y crisis de la edad media de vida.....	8
1.3. Definiciones del Burnout.....	8
1.4. Fases y Desarrollo del Burnout.....	9
1.5. Consecuencias del Burnout.....	10
1.6. Causas del Burnout.....	11
1.7. Modelos Explicativos del Burnout.....	12
1.8. Prevalencia del Síndrome de Burnout.....	16
1.9. Variables asociadas al Burnout.....	16
1.10. Evaluación del Burnout.....	17
1.11. Estrategias y Técnicas de Intervención frente al Burnout.....	18
CAPITULO 2. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	20
2.1. Objetivos.....	21
2.1.1. Objetivo General.....	21
2.1.2. Objetivos Específicos.....	21
2.2. Preguntas de Investigación.....	21
2.3. Contexto de la Investigación.....	22
2.4. Diseño de la Investigación.....	22
2.5. Muestra.....	23

2.6. Procedimiento.....	23
2.7 Instrumentos.....	24
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28
DISCUSIÓN.....	38
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .. <b>Error! Marcador no definido.</b>	
CONCLUSIONES .....	44
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	48
GLOSARIO.....	51
LISTA DE FIGURAS .....	51
LISTA DE TABLAS .....	51
ANEXOS.....	52
ANEXO 1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	53
ANEXO 2. Inventario de burnout de Maslach.....	55
ANEXO 3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28). .....	56
ANEXO 4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	59
ANEXO 5. Cuestionario MOS de apoyo social.....	60
ANEXO 6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR- A).....	61



## RESUMEN

Síndrome de *Burnout* y su relación con el apoyo emocional en médicos/as y enfermeras en un centro privado ubicado en el centro sur de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017. El objetivo fue identificar la prevalencia del síndrome, sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) y la relación con el apoyo emocional, se evaluaron 40 profesionales de la salud (20 médicos y 20 enfermeras). Se utilizó 6 instrumentos (AD HOC, MBI-HSS, GHQ-28, BRIEF-COPE, MOS Y EPQR-A) para evaluar. El proceso metodológico presentaba características cuantitativas, no experimentales, transaccionales, descriptivas y correlacionales.

Los resultados indicaron ausencia de casos de burnout en médicos/as y enfermeras. Los médicos/as presentaron en niveles altos: agotamiento emocional del 10% y despersonalización del 20%; y en niveles bajos: en realización personal el 25%. Las enfermeras mostraron en niveles altos: agotamiento emocional como despersonalización el 25% y en niveles bajos: realización personal el 30 %. La relación entre apoyo emocional y despersonalización existió una correlación significativa entre estas variables,  $r(40) = -.312$ ,  $p = .050$  y con la realización personal  $r(40) = .465$ ,  $p = .003$ .

**PALABRAS CLAVE:** burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, apoyo emocional.

## ABSTRACT

Burnout syndrome and its relation with emotional support in physicians and nurses in a private center located in the south center of the city of Loja during the year 2016-2017. The objective of the present investigation was to identify the prevalence of the syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low realization) and the relation with the emotional support, 40 health professionals (20 doctors and 20 nurses) were evaluated for the data collection instruments were applied (AD HOC, MBI-HSS, GHQ-28, BRIEF-COPE, MOS AND EPQR-A). The overall objective was to identify the prevalence of burnout syndrome and its relation to emotional support. For the collection of the information of this study instruments (AD HOC, MBI-HSS, GHQ-28, BRIEF-COPE, MOS and EPQR-A) were applied. The methodological process presented quantitative, non-experimental, transactional, descriptive and correlational characteristics.

As for the dimensions of burnout, the physicians presented high levels: emotional exhaustion of 10% and depersonalization of 20%, and low levels of burnout in the professionals (doctors and nurses). : 25% of the nurses showed a high level of emotional exhaustion: 25% and depersonalization, 25%, and low levels: personal fulfillment 30%. The relationship between emotional support and depersonalization showed a significant correlation between these variables,  $r(40) = -.312$ ,  $p = .050$  and with the personal realization  $r(40) = .465$ ,  $p = .003$ .

**KEYWORDS:** burnout, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, emotional support.

## INTRODUCCIÓN

La Unión General de Trabajadores (UGT) en el 2006 menciona que un derecho importante para los trabajadores de empresas u otro ámbito que brinde servicios salarizados, es la defensa de la salud. En la ajetreada vida laboral puede darse un excesivo nivel de exigencia que introduce a los riesgos psicosociales una fuente de enfermedad además del estrés laboral y la adicción al trabajo, la cual es el síndrome de *burnout* (SB). Martínez (2010) describió la conceptualización al síndrome como el desgaste profesional de las personas que prestan servicios humanos en donde haya contacto directo con los usuarios, donde se presenta una respuesta extrema al estrés crónico con repercusiones individuales, organizacionales y sociales. Según Maslach y Jackson sostiene que el síndrome de burnout “se configura como tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional (sensaciones de sobreesfuerzo), despersonalización con actitudes de insensibilidad y baja realización personal con sentimiento de incompetencia profesional” (Maslach, C. y Jackson, 1981). Su aparición es paulatina, se podría afirmar que es procedimental dado que existe la instauración de primeras etapas antes de su fijación completa. La familia, amigos y colaboradores juegan un papel importante en la atenuación de los primeros síntomas del síndrome. “Las relaciones interpersonales dentro y fuera del trabajo pueden atenuar el efecto del estrés. El apoyo social ayuda a provocar una integración, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y brindar la ayuda necesaria.” (Martínez, 2010. p.3). Por cuanto es importante investigar la presencia del síndrome de Burnout ya que este afecta física y emocional al profesional de la salud, pues la indagación de la prevalencia del síndrome podría influenciar para desarrollar políticas sanitarias o servicios preventivos para evitar casos del síndrome y aumentar la calidad de atención. En la presente investigación se han desarrollado algunos apartados o capítulos con la finalidad de enfocarse en el Síndrome de Burnout y de evaluar la presencia de casos y su relación con el apoyo emocional en médicos/as y enfermeras en un centro privado ubicado en el centro sur de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017.

El primer apartado (Capítulo 1) de marco teórico refiere las conceptualizaciones del síndrome, discriminación con otros constructos, definiciones, fases, consecuencias, modelos explicativos, prevalencia y variables asociadas al burnout, así como estrategias y técnicas de intervención. En el segundo apartado (Capítulo 2) de la metodología de la investigación, se utilizó un método con las siguientes características: cuantitativo, no experimental, descriptivo-transversal y correlacional, y además los objetivos siguientes: a) Identificar la prevalencia del burnout y sus tres dimensiones en médicos/as y enfermeras, b) Identificar la caracterización sociodemográfica y laboral, c) Determinar las dimensiones del burnout, d)

identificar el malestar emocional en los profesionales, e) Conocer los modos de afrontamiento más utilizados, f) Identificar los rasgos de personalidad g) Identificar el apoyo social procedente de la red social, así como la correlación el síndrome y el apoyo emocional en 40 profesionales de la salud de un centro privado. La institución dio apertura para la aplicación de los instrumentos y con la colaboración de los profesionales se captó una muestra de accesibilidad no probalística y accidental a quienes se les aplicó una batería de 6 instrumentos (AD-HOC, MBI-HSS, GHG-28, BRIEF-COPE, MOS y EPQR-A) para dar respuesta a cada objetivo planteado anteriormente, obteniendo datos informativos sociodemográficos; porcentajes de las dimensiones del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), porcentajes de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión; estrategias de afrontamiento, percepción de apoyo social, rasgos de personalidad, a través de ello evaluando la presencia de casos de burnout y la correlación entre el apoyo emocional y las dimensiones del Burnout.

En el tercer apartado de resultados y discusión (Capítulo 3), se expone la interpretación de resultados obtenidos a través de los instrumentos aplicados, los cuales mostraron ausencia del síndrome en los profesionales de la salud. En lo que se refiere a las dimensiones, los médicos/as presentaron en niveles altos: 10% agotamiento emocional, 20% despersonalización y en niveles bajos 25% realización personal. El 25% de enfermeras presentó niveles altos tanto en agotamiento emocional como despersonalización y 30% niveles bajos en realización personal. Existen correlaciones significativas entre el apoyo emocional y las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).

Finalmente, el apartado de conclusiones y recomendaciones (Capítulo 4). Las conclusiones principales de esta investigación fueron que en enfermeras se presentaron porcentajes mayores en ansiedad, depresión y síntomas somáticos que los médicos/as. El rasgo que predominó en ambas profesiones fue la Extroversión, rasgo que influye positivamente frente a situaciones de estrés y facilitan el uso de estrategias de afrontamiento para enfrentar problemas así también la percepción de apoyo social ayudaría a contrarrestar los efectos negativos del estrés laboral o su aparición; y la correlación directa y altamente significativa entre realización personal con los distintos factores de apoyo social, por tanto se evidenció una ausencia de casos de burnout en los profesionales de la salud, pues no cumplían con los criterios en las tres dimensiones del MBI, sin embargo si se identificó agotamiento emocional y despersonalización altos, con índices un poco más elevados en enfermeras que en médicos/as, así como baja realización personal más en enfermeras, alcanzando a dar respuesta a cada objetivo planteado.

## **CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO**

## **1.1. Conceptualizaciones.**

### **1.1.1. Conceptualización del *Burnout*:**

Se dijo ya que el síndrome de burnout es una respuesta acumulativa al estrés crónico en el trabajo con efectos negativos a nivel individual y organizacional, con singularidades específicas en áreas de trabajo (tanto profesional como voluntario o doméstico) que se realizan directamente con grupos de usuarios, que mayormente son alumnos conflictivos o enfermos de gran dependencia, y en menor proporción en trabajos de tipo manual, administrativo, etc. (Martínez, 2010). Mingote en 1998 expresó que al conceptualizar el síndrome no solo debería tomarse en cuenta el estrés laboral, sino que se debe añadir también el significado del trabajo para la persona, la capacidad de crear estrategias de afrontamiento y la misión a realizar que a veces resulta en una excesiva implicación al trabajo conduciendo al fracaso o desatención a los usuarios y a sí mismo.

El concepto de burnout fue usado para referirse al estado físico y mental de jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York, donde ellos anteponían sus funciones a su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y con poco o nada de retribución por su esfuerzo, lo que condujo luego de uno a tres años de labor a conductas de agotamiento, irritación, indiferencia y cinismo con los clientes. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos (Freudenberger, 1980).

Maslach inició una polémica científica cuando propuso que la extensión del burnout solo se aplique a trabajadores en un ámbito laboral con contacto directo con personas en el seno de una organización, el debate se centró pues si la extensión del burnout va más allá de los ámbitos asistenciales (C. Maslach, 1976).

El burnout es un síndrome tridimensional donde se manifiesta cansancio emocional, despersonalización en la atención a clientes y usuarios, y problemas para lograr la realización personal (Maslach, C. y Jackson, 1981, 1982).

La aplicación del síndrome en la actualidad se extiende desde amas de casa hasta profesionales de altos puestos, desde personas que prestan servicios voluntarios hasta trabajadores sociales, en general se acepta el hecho de que el síndrome llega después de un proceso en presencia estrés crónico laboral ante el cual no se utiliza estrategias de afrontamiento eficaces. Dicho de otra forma, el esfuerzo para responder eficazmente a las

presiones laborales de un sujeto pueden generar un sobreesfuerzo en un lapso prolongado de tiempo, produciendo una sensación descrita como “estoy quemado”, lo cual en el ámbito laboral produce a una disminución del rendimiento y deterioro de calidad del servicio, absentismo laboral, incremento de números de rotaciones pudiendo llegar incluso a abandono del puesto de trabajo. (Martínez, 2010,p.2).

El síndrome de burnout por tanto aparece en una persona como respuesta al estrés crónico que experimenta en su trabajo y puede llegar a presentar alteraciones y disfunciones psicológicas, así como también pérdida de interés por las tareas laborales, sentirse desmotivado y sentir que ha fracasado lo cual conduce al individuo a ser una persona poco comprensiva, no tan sensible y agresiva en el trato con la gente o pacientes. Dentro de éste síndrome tridimensional se habla de agotamiento emocional, pérdida progresiva de las energías vitales, algo fundamental en el ser humano lo cual le lleva a no ser capaz de disfrutar las tareas que realiza, la despersonalización en cambio conduce al individuo a sentirse separado de sí mismo, de sus procesos mentales y por ende del mundo que le rodea, todo esto desencadena en una baja realización personal y a percibirse a sí mismo negativamente, entonces el síndrome de burnout es sentirse agotado, decepcionado y desinteresado por la actividad laboral.

## **1.2. Discriminación con otros constructos.**

Martínez (2010) diferencia el síndrome de burnout con los siguientes términos:

### **1.2.1. Estrés general.**

El estrés general es un proceso psicológico que produce efectos tanto positivos como negativos, a diferencia del síndrome de burnout que sólo hace referencia a efectos negativos para el individuo y lo que le rodea, y es un síndrome exclusivo del contexto laboral (Martínez, 2010).

### **1.2.2. Fatiga física.**

El proceso de recuperación es clave para diferenciar la fatiga física del burnout. La recuperación lenta y acompañada de emociones profundas de fracaso es característico del síndrome mientras que la fatiga física es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de construcción personal y a veces de triunfos(Martínez, 2010)..

### **1.2.3. Depresión.**

El cansancio emocional tiene una correlación con la depresión, pero no con la baja realización personal y la despersonalización. Los síntomas de la depresión son: el sentimiento de culpa, mientras que en el burnout los sentimientos que prevalecen son la rabia y la cólera. Se considera la depresión como un resultado negativo del burnout(Martínez, 2010)..

### **1.2.4. Tedio o aburrimiento.**

Cuando incrementa el agotamiento emocional, disminuye el tedio, siendo un desencadenante para desarrollar el burnout. El burnout es generado por presiones emocionales repetidas, a diferencia que el tedio puede implicar falta de motivación en el ámbito laboral. Ambos términos son semejantes cuando el fenómeno es resultado de la insatisfacción laboral (Martínez, 2010).

### **1.2.5. Acontecimientos vitales y crisis de la edad media de vida.**

La crisis de la edad media de la vida de un individuo indica que se podría desatar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral, no obstante, el burnout se presenta con una alta frecuencia en los jóvenes que están recientemente en un nuevo empleo.

El síndrome de burnout puede confundirse con los siguientes términos: estrés general, fatiga física, depresión, aburrimiento o crisis de la edad media de vida. La imprecisión y ambigüedad de estos conceptos con el síndrome de burnout hacen equivocarse y no tratar a tiempo (Martínez, 2010).

## **1.3. Definiciones del Burnout.**

Unión General de Trabajadores (2006) define el Burnout como “un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo” (p.2) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2000 declara que es un factor de riesgo laboral ya que afecta a la salud mental y calidad de vida de un individuo.



Martínez (2010) cita que en 1974 el psiquiatra Freudenberger describió por primera vez el síndrome de quemarse en el trabajo o burnout a los voluntarios de servicios asistenciales de una clínica de New York, observando que luego de un año de trabajar ellos padecían agotamiento, decepción y pérdida de interés junto con síntomas físicos y emocionales que se resumían en dejar sus actividades o no desarrollarlas completamente. El término "Burnout" lo tomó prestado ya que se usaba para expresar los efectos del consumo crónico de drogas en los toxicómanos.

El síndrome es una respuesta que se caracteriza por desarrollar actitudes y sentimientos negativos, así como hacia el propio papel profesional, adicionando el estar emocionalmente agotado (Unión General de Trabajadores, 2006). Según Edelwich y Brodsky lo describen como una pérdida progresiva de energía, idealismo y propósito, mientras que en la psicología organizacional se define como un estado de desgaste tanto físico como emocional (Álvarez, 2011).

El síndrome de burnout entonces se puede definir como una respuesta que presenta la persona a situaciones estresantes en su trabajo o sus relaciones interpersonales en el mismo, que no la hacen sentirse bien, afectando a su salud mental y a su calidad de vida, por lo que existe un desgaste físico y mental que no le permite realizar sus actividades con normalidad.

#### **1.4. Fases y Desarrollo del Burnout.**

Maslach y Jackson enuncian tres fases del síndrome (Maslach, C. y Jackson, 1981, 1982):

- Cansancio emocional: Producto del fracaso en la gestión de resolver situaciones estresantes, lo cual conduce a la pérdida del atractivo de la actividad laboral para el sujeto.
- Despersonalización: Aquí aparecen los sentimientos de aburrimiento y tedio. Es producto del cansancio emocional y de la autodefensa auto elaborada por el sujeto frente a la impotencia, indefensión y desesperanza personal.
- Abandono de la realización personal: Este punto llega cuando el valor del trabajo pierde la concepción que tenía para el sujeto.

Edelwich y Brodsky distinguió las siguientes 4 etapas (Edelwich, J. Y Brodsky, 1980):

- Etapa de idealismo y entusiasmo: En esta etapa el sujeto se involucra demasiado en el trabajo con una sobrecarga voluntaria puesto a su alto nivel de energía y sus expectativas poco realistas. El fin de esta etapa se da cuando el no cumplimiento de estas expectativas generan un sentimiento de desilusión en el sujeto.
- Etapa de estancamiento: La desilusión de la etapa anterior provoca un decremento de las actividades desarrolladas, pérdida del idealismo y del entusiasmo, y el sujeto contempla y reconoce la necesidad de cambios en su vida que incluyen el ámbito profesional.
- Etapa de apatía y frustración: El sujeto paraliza sus actividades. Existe apatía, falta de interés, problemas emocionales, conductuales y físicos. Se puede llegar al abandono del trabajo.
- Etapa de distanciamiento: La frustración en el trabajo llega a ser crónica, generando un sentimiento de vacío total que puede provocar distanciamiento emocional y desvalorización profesional.

Por lo que se podría decir que un individuo se involucra en su trabajo a un nivel que se sobrecarga experimentar una desilusión al no poder resolver cierto problema (sintiéndose fracasado) debido al cansancio emocional, la persona entra en una etapa de estancamiento que le lleva a una despersonalización, perdiendo el atractivo por su trabajo (falta de interés) encontrándose estresado, con apatías, problemas emocionales y físicos que podrían llevarle a abandonar su trabajo.

### **1.5. Consecuencias del Burnout.**

Dentro de una empresa o a nivel público ordinario una persona que presenta el síndrome, se piensa que padece de cansancio o fatiga, por lo que las personas más a llegadas no le dan gran importancia, pero se tiene que tener en cuenta que no es reparado con unos días de descanso y provoca una serie de consecuencias a nivel psicológico, físico, social.

Álvarez (2011) describió a las consecuencias que comprendían el nivel físico y psicosocial:

- En cuanto al nivel físico se puede observar: insomnio, deterioro cardiovascular, gastrointestinal (ulceras), cerebral, asma, alergias, pérdida de peso, dolores musculares, migrañas, fatiga crónica y problemas con los ciclos menstruales.

- El nivel psicosocial se genera un deterioro en las relaciones interpersonales causando: ansiedad, irritabilidad, depresión y dificultad de concentración.

El burnout consecuentemente presenta síntomas a nivel físico y psicosocial.

## **1.6. Causas del Burnout.**

Al referirnos a las causas de Burnout debemos destacar algunas características que nos permiten un posible perfil del síndrome, ante ello Álvarez (2011) destaca los siguientes:

“Los excesivos horarios de trabajo y los niveles de exigencia elevados donde tales se han convertido en un hábito, generalmente involuntario, y la necesidad de cumplir las labores asignadas.

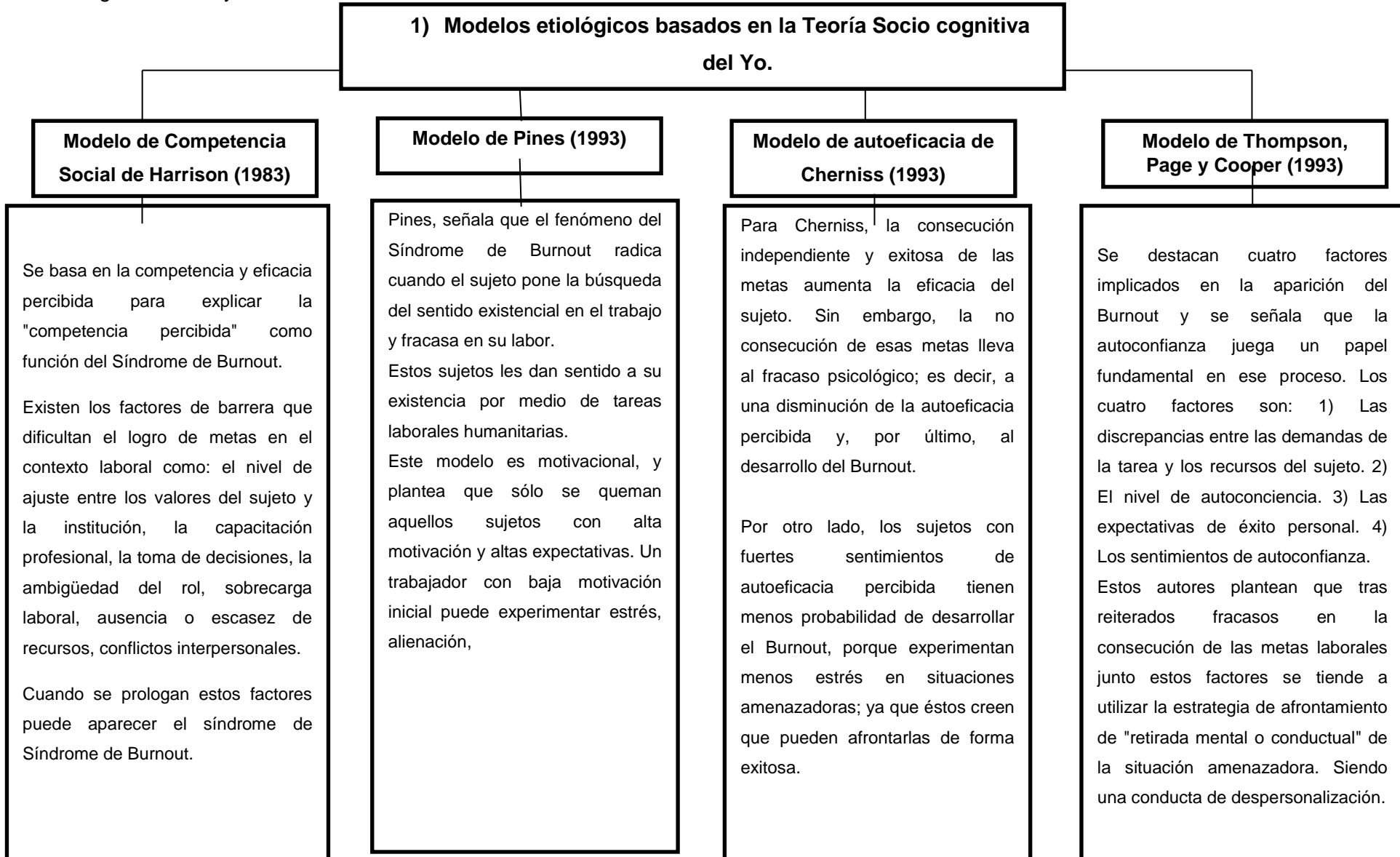
Cuando se dan condiciones referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc.), como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, etc.).

En relación con las actividades laborales que ligan al trabajador y sus servicios con los clientes como: doctores, enfermeras, maestros, trabajadores sociales, vendedores puerta a puerta, encuestadores y otros oficios tienen mayor riesgo de desarrollar el síndrome”. (Álvarez; 2011, p.2)

Con ello el burnout se antecede de varios de estos síntomas que pueden ser tomados como señales previas ante la aparición del síndrome. Haciendo referencia a Albee (2000) podemos concluir que “en entornos de excesivo de trabajo, devaluación del puesto o del trabajo realizado, trabajos en los cuales predomina la confusión entre las prioridades y expectativas, la falta de seguridad laboral, así como exceso de compromiso en relación con los encargos del trabajo” pueden convertirse en escenarios perfectos para desarrollar el síndrome de burnout.

## 1.7. Modelos Explicativos del Burnout.

En la Figura 1. Se indican los modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural.



## 2) Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

### Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto se plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

### Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy

La teoría de Conservación de Recursos es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el Burnout.

Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout.

Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo".

### 3) Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

#### Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro.

Las disfunciones del rol de pobreza, conflicto y ambigüedad del rol en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral.

En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva.

En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo).

Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el Burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.

#### Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome.

La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador.

En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral. Otro antecedente del Burnout es lo que Cox y cols (1993) denominan "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos).

#### Modelo de Winnubst (1993)

Este modelo adopta la definición de Burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización.

Por lo tanto, la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst (1993), la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de Burnout.

Este autor, al igual que Golembiewski y cols (1983; 1986) defiende que el Burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda.

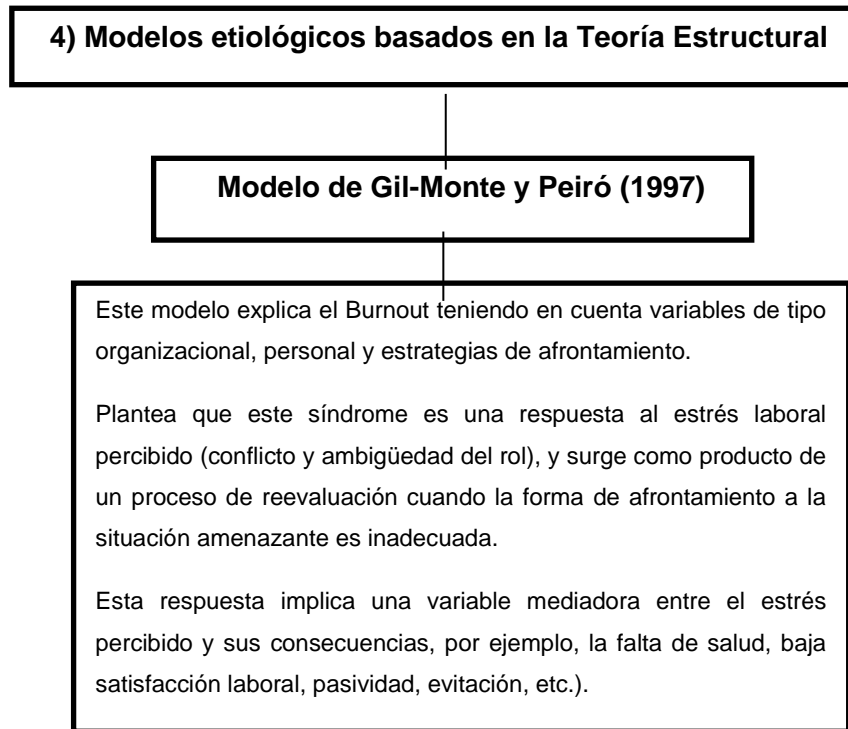


Figura 1. Modelos explicativos del Síndrome de Burnout. 1) Teoría Socio cognitiva del Yo, 2) Teoría del Intercambio Social, 3) Teoría Organizacional y 4) Teoría Estructural. Adaptado de “EL SÍNDROME DE BURNOUT . EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.” de Martínez, A., 2010. *Vivat Academia*, nº 112, 1–40.

Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina

## **1.8. Prevalencia del Síndrome de Burnout.**

Barbecho y Ochoa (2014) nos presentan algunos ejemplos de constancia del síndrome burnout en centro médicos de Latinoamérica especialmente enfermeros/as, entre ellos los siguientes:

“En Argentina el nivel de afectación de Burnout llegó al 63.6% donde la dimensión con alto nivel es la despersonalización. En el 2011: en Perú se presentó un nivel medio del síndrome de burnout donde se estimó las dimensiones de despersonalización, agotamiento emocional y realización personal en un nivel medio; en Guatemala se encontró el 75.67% de enfermeros que presentan un nivel bajo del síndrome y el 23% un nivel medio; en Venezuela se observó que las enfermeras que laboran en el área de emergencia con turnos rotatorios y con mayor edad tenían una mayor propensión al síndrome, y ellas presentaron en mayor grado cansancio emocional, despersonalización y menor realización personal; en Azogues se encontró que 59 profesionales de enfermería presentan 32.7% de agotamiento emocional, 33% despersonalización y 74,6% de estrés. En el 2012 en Quito se detectó burnout en el 1.9% de la población entrevistada y en el 6,6% de médicos” (Barbecho y Ochoa, 2014. p. 11)

Entonces podemos tomar a este síndrome como un problema emergente y que se generaliza como un problema de salud de siglo XXI con una población identificada y con sintomatologías evidentes y comprobables. Además el campo de la salud nos muestra múltiples posibilidades de estudios ya que al presentar funciones plenamente determinadas y bajo una presión importante, permite identificar mejor los patrones de repetición.

## **1.9. Variables asociadas al Burnout.**

Al hablar de variables del Burnout podemos dividir las en variables individuales y variables sociales, las mismas que refieren al comportamiento del sujeto y sus perspectivas de vida como al comportamiento del sujeto en relación a los otros.

### **1.9.1. Variables Individuales.**

Según Martínez (2010) las variables individuales corresponden al “deseo de un individuo de ser diferente en la vida de alguien más se ve fracasado, debido al tener en inicio un alto entusiasmo, pero con una baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación.” (p.11). Sin embargo, la personalidad juega un papel importante en



su relación al estrés laboral, ya que es ella la que canaliza de forma distinta acción y la reacción a las influencias psicológicas del mundo exterior.

Como menciona Martínez (2010) otra de las variables influyente corresponde al compromiso entendiendo que este “implica la identificación personal, es decir, el reconociendo de los valores, las metas que guían a la conducta y la confianza interpersonal con los otros.” (p.12) Un cuadro de valores solidificado en la personalidad puede influir de forma puntual en la presencia o ausencia del síndrome de Burnout.

### **1.9.2. Variables sociales.**

Las variables sociales refieren al individuo y su relación con el mundo exterior, las relaciones interpersonales en su lugar de trabajo y fuera de él. Es por ello que la familia, amigos y colaboradores juegan un papel importante en la atenuación de los primeros síntomas del síndrome. “Las relaciones interpersonales dentro y fuera del trabajo pueden atenuar el efecto del estrés. El apoyo social ayuda a provocar una integración, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y brindar la ayuda necesaria.” (Martínez, 2010. p.3)

Categorizando las variables sociales tenemos las siguientes: a) variables extra laborales como las relaciones con familiares, amigos y pares que influyen en la respuesta al estrés laboral, estas pueden mejorar el autoestima, ánimo y generar un ambiente de motivación; y b) variables organizacionales como la relación del individuo en su ambiente de trabajo que pueden ser positivas y negativas para la intensificación del problema, ampliar el cuadro de estrés o generar nuevas condiciones fisiológicas en el individuo.

### **1.10. Evaluación del Burnout.**

La evaluación de Burnout se ha realizado utilizando distintas técnicas. En un inicio se utilizaban test proyectivos, entrevistas estructuradas y observaciones sistemáticas; posteriormente se dio mayor importancia a la evaluación con cuestionarios o auto informes lo que planteó varios problemas (Martínez, 2010).

En una evaluación con auto informes se debe tener en cuenta que sus medidas son débiles por sí solas, por lo que se deben obtener datos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. La debilidad de los auto informes radica en la cercanía operacional que existe entre las variables dependiente e independiente postuladas. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras

como consecuencias. A pesar de esto, los auto informes son las herramientas de mayor uso para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores, son el Maslach Burnout Inventory (Maslach, C. y Jackson, 1981) y el Burnout Measure (Pines, A. y Aronson, 1988).

### **1.11. Estrategias y Técnicas de Intervención frente al Burnout.**

Las estrategias y técnicas de intervención en la actualidad se centran en la variedad de métodos y conocimientos desarrollados para la confrontación y manejo del estrés. En general los programas se enfocan en mostrar a los trabajadores la importancia de la prevención de los factores de riesgo a fin de que sean conscientes del problema. Los programas también se centran en el entrenamiento de la reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc. (Martínez, 2010).

Paine planteó un modelo con cuatro pasos a seguir, los cuales son: 1) identificar el Burnout, 2) Prevenir, mediante información y afrontamiento 3) Intervenir para disminuir o revertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome y 4) Restablecer, es decir aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados (Paine, 1982).

Por otro lado, Ramos planteó otras estrategias de intervención ante el síndrome de burnout como: A) Ejercicio de las técnicas de afrontamiento, especialmente las orientadas a la solución de problemas, lo que permite modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales. B) Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout. C) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad; D) Fortificar las redes de apoyo social y E) Reducir y en la medida de lo posible eliminar los estresores organizacionales (Ramos, 1999).

Existen diferentes niveles de intervención entre ellos:

- Individuales: entrenamiento del sujeto para el afrontamiento al estrés laboral.
- Interpersonales: formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el ámbito laboral; y
- Organizacionales: Eliminación o reducción de estresores en el trabajo (Buendía & Ramos, 2001; Ramos, 1999).

Se observa que Paine y Ramos plantean estrategias de intervención frente al síndrome de burnout. Señalando primeramente la identificación del síndrome dado que se puede confundir con otros términos como estrés, agotamiento y etc., tratar de intervenir para de esta manera impedir el desarrollo del síndrome a sus siguientes etapas (realizando ejercicios de afrontamiento, estrategias cognitivo-conductuales, desarrollar habilidades para comunicación interpersonal, eliminación de estresores en el trabajo).

## **CAPITULO 2. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

## **2.1. Objetivos.**

### **2.1.1. Objetivo General.**

Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos/as y enfermeras y la relación con el apoyo emocional en un centro privado ubicado al centro-sur de la ciudad de Loja, durante el año 2016-2017.

### **2.1.2 Objetivos Específicos.**

- Identificar la caracterización sociodemográfico y laboral investigada en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado.
- Determinar las dimensiones del burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado.
- Identificar el malestar emocional en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado.
- Identificar los rasgos de personalidad en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado.
- Identificar la relación existente entre síndrome de Burnout y el apoyo emocional en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra en un centro privado.

## **2.2. Preguntas de Investigación.**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado? ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado?

¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de burnout es la que presenta un alto nivel en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado?

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada en un centro privado?

### **2.3. Contexto de la Investigación.**

El Centro Materno Infantil, llamado así desde el año 2014 presta servicios en: Medicina general, Odontología, Anestesiología, Ginecología-Obstetricia, Ecografía, Pediatría, Neonatología. Cuenta con equipos e instrumentos médicos para la atención de la mujer y su hijo.

Su misión es “brindar servicios de salud orientados a la comunidad, como Centro, basados en los principios éticos y morales, con calidad, calidez y oportunamente; tanto en atención preventiva o curativa y de forma integral” y su visión es “proyectarse como el mejor Centro del cantón Loja”.

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de esta institución privada.

### **2.4. Diseño de la Investigación.**

El diseño de la investigación presentó las siguientes características:

**Cuantitativa**, la información que se analizó era numérica. **No experimental**, no se manipularon las variables, puesto que se observaron los fenómenos en su ambiente real para después analizarlos. **Descriptiva-transversal**, pues las variables seleccionadas recogieron la información que sirvió para desarrollar el estudio, la información recolectada se la obtuvo en un momento dado y **Correlacional** se valoró la relación que existe entre variables asociados al fenómeno estudiado (Hernández, 2010 p.210).

## 2.5. Muestra.

La población estudiada fue el personal médico y de enfermería que laboran en el Centro ubicado en el centro-sur de la ciudad de Loja.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental; y se evaluaron 40 profesionales de la salud (20 médicos/as y 20 enfermeros/as) de un centro privado en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora cumplió con los criterios de inclusión.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

- a) **Criterios de inclusión:** Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar consentimiento informado.
  
- b) **Criterios de exclusión:** Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina, no firmar el consentimiento informado.

## 2.6. Procedimiento.

El desarrollo de esta investigación se realizó de la siguiente manera:

1. Se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente en el Centro privado ubicado en el centro-sur de la ciudad de Loja.
2. Se realizó un acercamiento con el director del Centro privado a quien se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos.
3. Al obtener el visto bueno del director del Centro privado se estableció el horario para la aplicación de las encuestas a médicos/as y enfermeras dentro del establecimiento, a todos se les dio a conocer la finalidad de la

investigación y a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se aplicó la encuesta.

4. Al culminar el proceso se depuró la información, encontrando que todos los cuestionarios estuvieron completos y con la firma del consentimiento, no se excluyeron a los participantes de la muestra investigada.
5. Finalmente, el procesamiento de datos se realizó a través del programa SPSS versión 23, trabajando con datos descriptivos y correlaciones.

## 2.7 Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información, los cuales nos permitieron cumplir con los objetivos propuestos son:

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

Este cuestionario fue enfocado en adquirir información sociodemográfica (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral) (ANEXO 1).

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

En lo que respecta al inventario de *burnout* de Maslach [MBI-HSS] el cuestionario evalúa las tres dimensiones del *burnout* (Seisdedos, 1997):

- a) **Agotamiento o desgaste emocional** (indica el nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo).
- b) **Despersonalización** (refleja los niveles de indiferencia, devaluación y distanciamiento laboral).
- c) **Realización personal** (niveles de satisfacción en el trabajo).

Este instrumento está compuesto por 22 ítems: agotamiento emocional, constituida por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización, constituida por 5 ítems (5,10,11,15,22) y realización personal, constituida por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) (ANEXO 2). Las máximas puntuaciones son en agotamiento emocional (54), despersonalización (30) y realización personal (48). Puesto que no existe puntuaciones de corte a nivel clínico para



evaluar la presencia o ausencia del *burnout* se utilizan las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Christina Maslach, 1985).

Este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6. En cuanto a las propiedades psicométricas, el cuestionario es óptimo si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9 (González, M., Lacasta, M. A., & Ordoñez, 2008).

### **2.7.3 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)**

El cuestionario es auto-administrado, se utiliza para conocer como la persona aprecia su estado de salud. Está compuesto por 28 ítems empleados para evidenciar la existencia de problemas psiquiátricos menores y estado de la salud mental del encuestado (ANEXO 3).

El cuestionario se evalúa por medio de cuatro sub-escalas:

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

En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, A., Pérez-Echeverría, M., y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89.

### **2.7.4 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).**

Esta escala multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento, está constituida por 28 ítems (ANEXO 4), y el objetivo es conocer las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas (Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., & Sepúlveda-Carrillo, 2010)

Los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- a) **Afrontamiento activo:** Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- b) **Auto-distracción:** Centrarse en actividades que no le permitan pensar en el problema y de esta manera olvidarlo.
- c) **Negación:** Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- d) **Uso de sustancias:** Ingerir sustancias para evadir el problema y no afrontar.
- e) **Uso de apoyo emocional:** Buscar en terceros afecto y/o apoyo.
- f) **Uso de apoyo instrumental:** Busca ayuda en guías que le expliquen la situación problemática por la que está pasando.
- g) **Retirada de comportamiento:** Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- h) **Desahogo:** Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- i) **Replanteamiento positivo:** Conseguir algo bueno del problema aprendiendo de él.
- j) **Planificación:** Formula un proceso a seguir para controlar el problema.
- k) **Humor:** Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- l) **Aceptación:** Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- m) **Religión:** Refugio en espiritualidad.
- n) **Culpa de sí mismo:** Auto culparse de los problemas por los que cruza.

En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997)

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

El cuestionario es auto administrado y consta de 20 ítems empleados para conocer la extensión de la red social que posee la persona (ANEXO 5).

Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

- a) **Apoyo emocional:** Alguien que ayude con una guía y/o consejo.
- b) **Apoyo instrumental:** Alguien que le ayude en casa.

- c) **Amor y cariño:** Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

Utiliza una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96 (Revilla Ahumada & Del Castillo, J., Bailón Muñoz, E., & Medina Moruno, 2005).

**2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).**

El cuestionario de personalidad consta de 24 ítems los cuales evalúan la personalidad en base a tres factores: **neuroticismo, extroversión y psicoticismo y sinceridad** (ANEXO 6). Cuenta con un formato de respuesta de SI y NO, las puntuaciones para cada una de las sub-escalas son de 0 y 6, a mayor puntuación mayor es la presencia del rasgo.

El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones son: extroversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín, Valiente, Chorot, Montes, & Germán, n.d.).

## **CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### 3.1. Variables sociodemográficas.

En la Tabla 1. Se indican las características sociodemográficas de los profesionales de la salud, evidenciándose que, en el personal médico, se tuvo mayor aceptación por parte de las mujeres con el 65% y de hombres con el 35%, mientras que en el personal de enfermería todas las participantes 100% son mujeres. El total de participantes son 50% médicos/as y 50% enfermeras; la edad promedio de los/as médicos/as es de 36.4 años y de enfermeras la edad promedio es de 36.3 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 1.7 y del personal de enfermería es de 1.9. La etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza con un 100% en médicos/as y enfermeras. En cuanto al estado civil se observa un 30% de médicos/as solteros/as y 55% casados/as mientras que en enfermeras el 25% son solteras y el 70% son casadas, así también se indica un 5% de médicos/as y enfermeras con estado civil viudo/a y un 10 % de médicos divorciado/a.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.**

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	7.0	35.0	0.0	0.0
Mujer	13.0	65.0	20.0	100.0
Total. de profesionales de la salud	20.0	50.0	20.0	50.0
<b>Edad</b>				
<i>M</i>	36.4		36.3	
<i>DT</i>	8.6		8.6	
Max	55.0		59.0	
Min	27.0		27.0	
<b>Número de hijos/as</b>				
<i>M</i>	1.7		1.9	
<i>DT</i>	1.6		1.5	
Max	5.0		5.0	
Min	0.0		0.0	
<b>Etnia</b>				
Mestizo/a	20.0	100.0	20.0	100.0
Blanco/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Estado civil</b>				
Soltero/a	6.0	30.0	5.0	25.0
Casado/a	11.0	55.0	14.0	70.0
Viudo/a	1.0	5.0	1.0	5.0
Divorciado/a	2.0	10.0	0.0	0.0
Unión libre	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina

### 3.2. Características Laborales.

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud indicado en la Tabla 2, se pudo valorar que la remuneración salarial que prevalece en ambos grupos oscila entre 0 a 2000 dólares, siendo para médicos/as de 0 a 1000 un 10%, 1001 a 2000 del 65% y de 2001 a 3000 un 25% mientras que para el 100% de las enfermeras los ingresos mensuales eran de 0 a 1000. En experiencia laboral del personal médico la media fue de 9.2 años, mientras que en enfermeras fue de 10 años. El sector en el que laboran la mayoría de los participantes es el privado, siendo de 55% en médicos/as y 70 % en enfermeras. El tipo de contrato que prevaleció es por nombramiento con 70% en médicos/as y 85% en enfermeras. El número promedio de pacientes que atienden a diario los médicos/as es de 22.9, con una atención mínima de 4 y máxima de 38 pacientes; mientras que las enfermeras atienden a un promedio de 27.6 pacientes diarios, atendiendo a un mínimo de 4 y máximo de 42 pacientes.

**Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud**

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
<b>Ingresos mensuales</b>				
0 a 1000	2.0	10.0	20.0	100.0
1001 a 2000	13.0	65.0	0.0	0.0
2001 a 3000	5.0	25.0	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Experiencia profesional</b>				
<i>M</i>	9.2		10.0	
<i>DT</i>	7.1		5.9	
Max	25.0		25.0	
Min	2.0		2.0	
<b>Sector en el que trabaja</b>				
Público	7.0	35.0	6.0	30.0
Privado	11.0	55.0	14.0	70.0
Ambos	2.0	10.0	0.0	0.0
<b>Tipo de contrato</b>				
Eventual	0.0	0.0	0.0	0.0
Ocasional	4.0	20.0	1.0	5.0
Plazo fijo	1.0	5.0	2.0	10.0
Nombramiento	14.0	70.0	17.0	85.0
Servicios profesionales	1.0	5.0	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Horas diarias de trabajo</b>				
<i>M</i>	9.6		8.8	

<i>DT</i>	2.3		1.6	
Max	12.0		12.0	
Min	4.0		8.0	
<b>Nº de pacientes/día</b>				
<i>M</i>	22.9		27.6	
<i>DT</i>	10.4		12.0	
Max	38.0		42.0	
Min	4.0		4.0	
<b>Recursos Institucionales</b>				
Totalmente	6.0	30.0	2.0	10.0
Medianamente	12.0	60.0	11.0	55.0
Poco	2.0	10.0	7.0	35.0
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Turnos</b>				
Si	16.0	80.0	19.0	95.0
No	4.0	20.0	1.0	5.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina

En referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos/as y enfermeras indican un 60% y un 55 % respectivamente.

### 3.3. Percepción del Clima Laboral.

En la Tabla 3. se indica la percepción de los médicos en cuanto a la valoración que sienten por parte de sus pacientes. El 5 % de los médicos contestaron que no se sentían valorados. Por otro lado, el 15% de médicos indicaron que se sienten poco valorados por sus pacientes y familiares así también el 25% de enfermeras mostraron este sentimiento. El 55% de médicos y 35% de enfermeras mencionaron que se sienten bastante valorados por sus compañeros de profesión y directivos.

En cuanto a la satisfacción que sienten por el trabajo el 55% de médicos y el 50% de enfermeras se sienten totalmente satisfechos. El 35% y 50% de los participantes (médicos y enfermeras) se sienten bastante satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución.

Sobre la valoración global de su experiencia profesional el 50% de médicos y el 65% de enfermeras indican estar bastante satisfechas. Por otro lado, en su situación económica el 50% de médicos se sienten bastante satisfechos mientras que 55% de enfermeras se encuentran poco satisfechas.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	3	15.0%	5	25.0%
	Bastante	15	75.0%	12	60.0%
	Totalmente	2	10.0%	2	10.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	6	30.0%
	Bastante	12	60.0%	10	50.0%
	Totalmente	4	20.0%	4	20.0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	1	5.0%
	Bastante	11	55.0%	7	35.0%
	Totalmente	8	40.0%	12	60.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	1	5.0%	6	30.0%
	Poco	3	15.0%	5	25.0%
	Bastante	11	55.0%	7	35.0%
	Totalmente	5	25.0%	2	10.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	9	45.0%	10	50.0%
	Totalmente	11	55.0%	10	50.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	2	10.0%
	Bastante	12	60.0%	11	55.0%
	Totalmente	7	35.0%	7	35.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	1	5.0%	2	10.0%
	Poco	4	20.0%	6	30.0%
	Bastante	7	35.0%	10	50.0%
	Totalmente	8	40.0%	2	10.0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	5	25.0%
	Bastante	8	40.0%	11	55.0%
	Totalmente	10	50.0%	4	20.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	1	5.0%
	Bastante	10	50.0%	13	65.0%
	Totalmente	10	50.0%	6	30.0%
¿Está satisfecho está con su situación económica?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	4	20.0%	11	55.0%
	Bastante	10	50.0%	6	30.0%
	Totalmente	6	30.0%	2	10.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC  
Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina



### 3.4. Dimensiones del Síndrome de Burnout (MBI).

En lo referente a las dimensiones del Síndrome de burnout (MBI) en los profesionales de la salud evidenciado en la Tabla 4 en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos un 10% y de enfermeras 25% obtuvieron un nivel alto; en despersonalización 20% de los médicos puntuaron en nivel alto, mientras que en personal de enfermería fue del 25%; en cuanto a la realización personal el 25% de médicos y el 30% de enfermeras presentaron niveles bajos.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	13	65.0%	6	30.0%
	Medio	5	25.0%	9	45.0%
	Alto	2	10.0%	5	25.0%
Despersonalización	Bajo	7	35.0%	10	50.0%
	Medio	9	45.0%	5	25.0%
	Alto	4	20.0%	5	25.0%
Realización personal	Bajo	5	25.0%	6	30.0%
	Medio	6	30.0%	7	35.0%
	Alto	9	45.0%	7	35.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson. 1986)  
Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina

### 3.5. Casos de Burnout.

Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI se puede determinar que no existen casos de burnout en los profesionales de salud evaluados.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
<u>Burnout</u>	No presencia	20	100.0%	20	100.0%

Presencia	0	0.0%	0	0.0%
-----------	---	------	---	------

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)  
Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina

### 3.6. Malestar Emocional.

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado (Tabla 6) fueron de ansiedad con un 30% en médicos y 60% de enfermeras. Las enfermeras presentaron porcentajes mayores con respecto a médicos: depresión (25%) y en síntomas somáticos (45%).

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	16	80.0%	11	55.0%
	Caso	4	20.0%	9	45.0%
Ansiedad	No caso	14	70.0%	8	40.0%
	Caso	6	30.0%	12	60.0%
Disfunción social	No caso	19	95.0%	18	90.0%
	Caso	1	5.0%	2	10.0%
Depresión	No caso	19	95.0%	15	75.0%
	Caso	1	5.0%	5	25.0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)  
Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina

### 3.7. Estrategias de Afrontamiento.

En lo referente a las estrategias de afrontamiento en los profesionales de salud evaluados se observó que las que poseen una media más alta en la muestra de los médicos son: planificación (2.5) y afrontamiento activo (3.0); así también en la muestra de personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: auto distracción (2.3) y afrontamiento activo (2.9).

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2.3	1.7	6.0	.0	2.3	1.7	6.0	.0
Afrontamiento activo	3.0	2.2	6.0	.0	2.9	1.8	6.0	.0
Negación	.8	1.1	3.0	.0	1.1	1.5	4.0	.0
Uso de sustancias	.7	1.1	4.0	.0	1.2	1.5	5.0	.0
Apoyo emocional	1.9	1.8	6.0	.0	1.9	1.8	6.0	.0
Apoyo instrumental	1.9	1.6	6.0	.0	2.1	1.5	6.0	.0
Retirada de comportamiento	1.5	1.7	5.0	.0	1.2	1.4	4.0	.0
Desahogo	1.2	1.3	4.0	.0	2.1	1.7	4.0	.0
Replanteamiento positivo	1.8	1.7	6.0	.0	2.2	1.7	6.0	.0
Planificación	2.5	2.0	6.0	.0	2.2	1.7	6.0	.0
Humor	1.2	1.4	5.0	.0	1.4	1.3	4.0	.0
Aceptación	2.2	1.6	5.0	.0	2.0	1.5	5.0	.0
Religión	2.2	1.7	5.0	.0	2.0	1.7	6.0	.0
Culpa de si mismo	1.9	1.8	6.0	.0	2.2	2.1	6.0	.0

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

Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina

### **3.8. Percepción de Apoyo Social.**

En cuanto al apoyo social indicado en la Tabla 8. se puede determinar que la media más alta es amor y cariño siendo para médicos de 83.3 y para personal de enfermería 74.3; luego se percibe la escala de apoyo emocional para personal médico con una media de 81.5 y para enfermería 72 seguido por relaciones laborales para médicos de 80.5 y enfermeras de 71.5 y finalmente apoyo instrumental con una media de 80.5 para médicos y 71.0 para enfermeras.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	81.5	17.8	100.0	40.0	72.0	22.0	100.0	27.5
Apoyo instrumental	80.5	20.4	100.0	30.0	71.0	22.5	100.0	25.0
Relaciones sociales	80.5	18.2	100.0	40.0	71.5	24.0	100.0	25.0
Amor y cariño	83.3	20.5	100.0	40.0	74.3	26.1	100.0	26.7

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).  
Elaborado por: Vélez Ortiz Augusta Catalina

### 3.9. Rasgos de Personalidad.

En la Tabla 9. el rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 3.3 para personal de enfermería y 4.3 para médicos, seguido de neuroticismo con 2.2 para médicos y 3.0 para enfermeras y finalmente el rasgo de psicoticismo con 2.1 para personal médico y 2.4 para personal de enfermería.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.2	1.6	6.0	.0	3.0	1.9	6.0	.0
Extroversión	4.3	1.8	6.0	.0	3.3	1.7	6.0	.0
Psicoticismo	2.1	1.4	5.0	.0	2.4	1.2	5.0	.0

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

En base a la relación entre apoyo emocional y agotamiento emocional existe una correlación significativa entre estas variables,  $r(40) = -.382, p = .015$  (ver Tabla 10). Por consiguiente, mientras mayor apoyo emocional tengan los profesionales de la salud, menor será el agotamiento emocional.

### 3.10. Correlación entre Apoyo

### 3.11. Emocional y las dimensiones del Burnout

**Tabla 10. Correlaciones entre apoyo emocional y las dimensiones del burnout.**

	Apoyo emocional		
	<i>R</i>	<i>p</i>	N
Agotamiento emocional	-.382*	.015	40
Despersonalización	-.312*	.050	40
Realización personal	.465**	.003	40

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

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

Por otro lado, en la relación entre apoyo emocional y despersonalización existe una correlación significativa entre estas variables,  $r(40) = -.312$ ,  $p = .050$ . Por ende, mientras mayor apoyo emocional tengan los profesionales de la salud, menor será la despersonalización. Finalmente, la relación entre apoyo emocional y realización personal existe una correlación muy significativa entre estas variables,  $r(40) = .465$ ,  $p = .003$ . Por lo tanto, mientras mayor sea el apoyo emocional en los profesionales de la salud, mayor será la realización personal.

## DISCUSIÓN

En referencia con las características sociodemográficas y laborales en la presente investigación se menciona que en la muestra de médicos/as la tendencia de esta profesión fue mayor en el género femenino con 65% que el género masculino con 35%, lo cual estaría de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2010), donde se indica que estudiantes de pregrado de la Universidad Central del Ecuador el 63.5% de mujeres se inclinó a estudiar medicina y de los hombres el 36.5%. Por otro lado la profesión de enfermería se mostró que el 100% de la muestra pertenece al género femenino el cual se relaciona con los datos del INEC (2010), donde el 91.4% de mujeres presentó preferencia a esta profesión mayor al 8.6% de los hombres que estudia enfermería, los datos presentados concuerdan con un estudio de *burnout* en enfermeras (Teixeira, Orquidea, Fonseca, & Carvalho, 2013). La relación entre nivel de *burnout* y género es controvertida, autores describen que el desgaste laboral es mayor en varones y otros lo encuentran en mujeres al añadir las tareas laborales a las domésticas (Christina Maslach, 1985; Moreno-Jiménez, Seminotti, Hernández, Carvajal, & Morante, 2005).

Con respecto a la edad promedio en médicos/as es de 36.4 y en enfermeras de 36.3 años, estos resultados están en relación con el INEC (2013) que menciona que la edad productiva de la población ecuatoriana está comprendida entre los 25 a 45 años de edad. Según Moreno-Jiménez *et al* (2005) comenta que en la variable edad no muestra diferencia significativa en ninguna de las dimensiones del *burnout*, mientras que el otros autores apoyan resultados opuestos donde los médicos más jóvenes, por falta de experiencia y una mayor vulnerabilidad, presentan mayores niveles de *burnout* que los médicos más expertos (Christina Maslach, 1985; Moreno-Jiménez *et al.*, 2005).

Los datos del INEC en el año 2010 mostraron que el promedio de hijos en la provincia de Loja es de 1.6, comparando con los datos del presente estudio en médicos/as el promedio es de 1.7, igual al promedio de la población lojana mientras que en enfermeras la media es de 1.9 hijos, ligeramente superior a datos de nuestra localidad. Refiriéndose a la etnia, los médicos/as como las enfermeras se consideran mestizos, lo cual concuerda con los datos del INEC (2010) que mostró que en la provincia de Loja el 90.2% de la población se identifica con la etnia mestiza. El porcentaje que predomina en relación al estado civil fue el de casados (médicos 55% y enfermeras 70%) comparando con los porcentajes de INEC en el año 2010 que indica que el 41,7 % de la población lojana se encuentra casada. En lo concerniente a la experiencia laboral, los médicos/as y las enfermeras mostraron tener un mínimo de 2 años de experiencia y máximo de 25, la media para médicos/as es de 9.2

años, mientras que en enfermeras la media es de 10 años lo cual concuerda con los datos del INEC (2014) que registró que, en la población general del Ecuador, el 53.2% posee hasta 5 años y el 11.7% más de 21 años de experiencia laboral.

El sector en el que trabajan ambas muestras (médicos/as y enfermeras) es el privado (55% y 70%) y público (35 % y 30%), lo que se relaciona con los datos del INEC (2010) que menciona que el 19.9% de la población de la provincia de Loja trabaja como empleado privado y el 16% en el sector público, así también el tipo de contrato mayoritario fue de por nombramiento (médicos/as 70% y enfermeras 85%), dato que concuerda con un estudio que menciona que el 49.5% de los participantes posee un contrato indefinido o nombramiento (Garcés & Ramirez, 2013) y el INEC (2014) menciona que el 9.8% de la población empleada tiene también éste tipo de contrato. Los ingresos económicos mensuales de las enfermeras están en el rango de 0 a 1000 dólares y los médicos/as de 1001 a 2000 dólares en la institución de salud privada analizada, según el INEC (2016), en la provincia de Loja la canasta básica se encuentra en 732,05 USD, por lo que los profesionales estarían solventando los gastos necesarios.

En cuanto a las horas diarias trabajadas se evidencia una media de 9.6 y 8.8 horas en médicos/as y enfermeras respectivamente, en el Ecuador según el Ministerio de Relaciones Laborales se debe laboral 8 horas diarias, en este estudio los profesionales están cumpliendo con las jornadas establecidas por la institución, y donde a más de las horas establecidas cumplen turnos respectivos. El 80% de los médicos/as y el 95% de las enfermeras trabajan en turnos, denominados en la actualidad según el Ministerio de Trabajo (Ley 2012-62; Acuerdo Ministerial 00001849) jornadas especiales que se dan en función a las necesidades de la población e institucionales priorizando áreas de atención crítica y/o de alta demanda, ésta sobrecarga de horas diarias de trabajo podría causar cansancio y pérdida de energía en los profesionales.

En la actualidad, las personas se han visto presentadas a diversas demandas laborales que han implicado nuevas metas para los profesionales de la salud que cada día ejercen su trabajo, adaptándose a condiciones y exigencias que les presiona su ambiente para lograr efectuar los objetivos planteados y hacer frente de forma adecuada a circunstancias adversas que se les puedan presentar. Si los profesionales se ven sobrepasados por los requerimientos de su entorno y algunas veces no tendrían recursos suficientes para alcanzar las metas propuestas, se evidencian consecuencias a nivel físico y psicológico producto un posible estrés laboral desencadenando el síndrome de Burnout (Jiménez, Jara, & Miranda, 2012). El Burnout es un proceso y por lo tanto es progresivo, obteniendo

inicialmente una exposición gradual al desgaste laboral, luego se produce un desgaste del idealismo y finalmente la falta de logros (Acuña & Bruschi, 2013).

La sobrecarga de trabajo, los turnos, la competitividad, la convivencia con otros miembros del equipo médico, etc. son factores que influyen a los profesionales médicos/as y enfermeras al ser teóricamente más susceptibles de sufrir burnout (Moreno-Jiménez et al., 2005). La evidencia de una sobrecarga laboral puede demostrar ciertas características clínicas que indican malestar emocional, en este estudio se observó la presencia de síntomas somáticos en ambas profesiones médicos/as (20%) y enfermeras (45%); los síntomas somáticos que pueden ser escalofríos, fatiga, agotamiento, dolores musculares y alteraciones funcionales (cardiorrespiratorios, digestivo, reproductor, nervioso etc.) (Contreras-palacios, Ávalos-garcía, Romeo, Álvarez, & Morales-garcía, 2013). Por otro lado se observó un porcentaje significativo de ansiedad en los profesionales de la salud (médicos/as y enfermeras), el cual fue mucho mayor (60%) en enfermeras, comparando investigaciones de Moreno- Jiménez et al quienes encontraron elevados niveles de ansiedad en profesionales médicos, así también los autores sostienen que el trato directo con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales son críticas, podrían ser una fuente importante del desarrollo de ansiedad en los profesionales de la salud por el hecho de tener que enfrentarse frecuentemente con el sufrimiento humano y la muerte (Moreno-Jiménez et al., 2005). La ansiedad está relacionada con problemas de ajuste emocional que podría llevar a desarrollar una depresión si no es tratada (Contreras-palacios et al., 2013), la depresión observada en médicos/as y enfermeras fue del 5% y 25% respectivamente, la presencia de casos indican un inicio para el desarrollo del síndrome de Burnout. Puesto que el síndrome de burnout es un problema cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud, lo que repercute en el desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes (Terrones-Rodríguez, Cisneros-Pérez, & Arreola-Rocha, 2016), por lo que fue necesaria la investigación de la prevalencia en los centros médicos de la ciudad de Loja.

Para considerar casos de Burnout es necesario tener puntuaciones altas de agotamiento emocional, despersonalización y niveles bajos de realización personal. En cuanto a las dimensiones del burnout, los médicos/as presentaron en niveles altos (agotamiento emocional del 10% y despersonalización del 20%) y en niveles bajos (en realización personal el 25%). Con respecto a las enfermeras muestran en niveles altos (agotamiento emocional el 25% y despersonalización el 25%) y en niveles bajos (realización personal el 30 %), según Maslach Burnout Inventory (MBI) instrumento para detectar casos de burnout indicó ausencia de casos de burnout en los profesionales (médicos/as y enfermeras) en lo que respecta a este estudio y comparando con estudios locales (Loja) se observó el mismo



fenotipo (Chavez, 2012; Maldonado, 2017). En contraste, se encontró una elevada prevalencia del síndrome de 45.8% en médicos (Shanafelt et al., 2017) y una prevalencia de 31.81% en enfermeras (Holmes et al., 2014) . En investigaciones se observaron porcentajes de cansancio emocional 21.1%, despersonalización 12.6% y falta de realización personal 30.5% (Bareño, Berbesi, & Zapata, 2008) coincidiendo con los resultados del presente estudio, así también investigaciones que obtuvieron resultados similares de 19.58% en agotamiento emocional, 8.15% en despersonalización y 34.85% en baja realización profesional (Melita, Cruz, & Merino, 2008) y otras donde el 21.3% obtuvo altos niveles en agotamiento emocional, el 49.8% altos niveles en despersonalización y con baja realización el 21.3% (Arias & Carpio, 2016).

Las estrategias de afrontamiento utilizadas en mayor porcentaje por los médicos/as y enfermeras fueron el auto distracción, afrontamiento activo, planificación, aceptación y religión. Puesto que el Síndrome de Burnout esta mediado por pensamientos provocados por los diferentes eventos estresantes, se hace necesario hacer frente al síndrome mediante reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva (Valdivia & Méndez, 1999). Las estrategias utilizadas para enfrentar al agente estresor como: la afrontación directa, la planificación de estrategias de acción, concentrarse en otros proyectos o actividades extracurriculares intentando distraerse, aceptando el problema y tratar de encontrar soluciones y la religión practicada que se considera una estrategia para tolerar el problema y generar soluciones (Londoño et al., 2006), ya que la creencia de un “Dios” permite la evaluación de su intervención por parte del individuo en todas las situaciones estresantes. Según (Londoño et al., 2006) comenta que las estrategias de afrontamiento mencionadas anteriormente están ligadas a la alta autoestima, la personalidad de cada participante profesional también influiría de manera positiva. Según Kobasa, Maddi Y Kanb (1982) indica que los individuos con personalidad resistente se enfrentan de forma activa y optimista a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes. Puesto que, si la persona esta propensa a desarrollar Burnout y ella se encuentra elaborando estrategias que permitan observar que las situaciones estresantes son estímulos y oportunidades para el crecimiento personal, la probabilidad de desarrollar el síndrome se reduce. (Chavez, 2012).

Cabe recalcar que determinados rasgos de personalidad se encuentran ligados a la aparición del Burnout como el neuroticismo y psicoticismo. El rasgo de personalidad, con un nivel elevado, que presentaron los médicos/cas como enfermeras fue la extroversión con una media de 4.3 y 3.3 respectivamente en este estudio. La extraversión describe a sujetos que anhelan la animación, son arriesgados, actúan improvisadamente, generalmente son impulsivos pero se auto controlan, despreocupados, optimistas, divertidos, socialistas,

tienden a ser agresivos y perder los nervios rápidamente (Chavez, 2012). Según un estudio profesionales de la salud indicó que la extroversión presentó correlación negativa con el desarrollo de Burnout (Castejón & Hernandez Zamora, 2004). Por consiguiente, la presencia de este rasgo puede atribuir a la ausencia de casos con Burnout en el presente estudio.

Dentro de los factores protectores que amortiguan los efectos del síndrome de Burnout, se encuentra el Apoyo Social, el cual se define como una interacción real entre dos o más personas, en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración incrementando el bienestar, es decir, siéndole querida o amada (Hernández & S, 2003). En los datos de este estudio se observó una mayor tendencia a la variable apoyo emocional, amor y cariño tanto en médicos/as como enfermeras. Entonces estas variables estarían actuando como factores protectores para el desarrollo del Burnout, ya que estas percepciones poseen la capacidad de mitigar o amortiguar el impacto del estrés laboral sobre la salud, por tanto el Apoyo Social en general se manifiesta como un elemento fundamental para ayudar a las personas a sobrellevar situaciones estresantes de forma más saludable (Jiménez et al., 2012) Confirmando que la ausencia de algún tipo de apoyo social sería un desencadenante del síndrome de Burnout, la falta de apoyo por parte de la familia, compañeros de trabajo, jefe pueden influir en el desarrollo de la patología (Chavez, 2012). Investigaciones demuestran que el Apoyo Social posee un efecto significativo en la mejora de la Satisfacción Laboral (Um & Harrison, 1998). En este estudio se observa que el personal médico si está satisfecho y se siente valorado en su trabajo, en general los profesionales se encuentran bastante y totalmente valorados por sus pacientes, familiares, compañeros de trabajo, directivos de la institución lo que conlleva a que se encuentren satisfechos en su ámbito laboral y situación económica, a excepción de las enfermeras que se encuentran poco satisfechas con su situación económica (Ingresos mensuales \$ 0-1000); por ello se explicaría el alto nivel de realización personal en médicos (45%) y un nivel un poco menor en enfermeras (35%). El 89% de los profesionales consideran como una fuente de satisfacción sentirse seguro y estable, por ejemplo en el tipo de contrato (contratos eventuales contribuye a la desmotivación e insatisfacción laboral (Valdivia & Méndez, 1999) por lo que el tipo de contrato para todos los profesionales evaluados (nombramiento) les da una seguridad y despreocupación. El 96% de los profesionales piensan que deben esperar un reconocimiento de su esfuerzo por parte de los jefes y autoridades de la institución (Valdivia & Méndez, 1999), Según (Jiménez et al., 2012) en un estudio relacionado las personas que recibían elogios y comentarios positivos de sus más cercanos, percibían una mayor satisfacción en el trabajo.

Por otra parte, en este estudio correlacionó el apoyo emocional y las dimensiones del Burnout, donde se observó que existía una relación inversa y altamente significativa entre

estas variables, donde a mayores niveles de Burnout menores niveles de Apoyo emocional. A su vez, dos de los factores que componen la variable Burnout (Agotamiento Emocional y Despersonalización) correlacionan de forma negativa y altamente significativa con la variable Apoyo Emocional. No obstante, en cuanto a la tercera dimensión de Burnout denominada Realización Personal, ésta correlaciona de forma directa y altamente significativa con los distintos factores de Apoyo Social, ya que si existe mayor percepción de apoyo emocional la persona se sentirá mucho más realizada. En investigaciones con profesionales médicos se observaron que estos presentaban altos niveles de satisfacción laboral y realización personal, y bajos niveles de desgaste emocional y despersonalización, evitando el desarrollo de burnout ya que utilizaban estrategias de afrontamiento más adaptativas tanto a corto como a largo plazo (Moreno-Jiménez et al., 2005).

Las últimas investigaciones muestran que el mejor predictor del burnout en esta profesión, y por tanto de la satisfacción profesional y el compromiso organizacional, es el rasgo de personalidad y la actitud ante el ambiente de trabajo. Otros predictores significativos son las demandas laborales percibidas, el apoyo social de los compañeros, y estar satisfecho con los recursos que poseen, es así que el aumento de los niveles de autoestima, apoyo social y de los recursos estarían haciendo que el nivel de burnout disminuyera (Moreno-Jiménez et al., 2005).

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se concluye lo siguiente:

El perfil sociodemográfico de los profesionales médicos/as y enfermeras participantes en la investigación fue: la edad promedio de los/as médicos/as es de 36.4 años y de enfermeras 36.3 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 1.7 y del personal de enfermería es de 1.9. La etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza. En cuanto al estado civil se observa un 30% de médicos/as solteros/as y 55% casados/as mientras que en enfermeras el 25% son solteras y el 70% son casadas, así también se indica un 5% de médicos/as y enfermeras con estado civil viudo/a y un 10 % de médicos divorciado/a.

En el perfil laboral, los profesionales médicos cuentan mensualmente con ingresos de entre 1001 a 2000 dólares, experiencia laboral promedio de 9.2 años, en el sector privado, contrato por nombramiento, atiende a un máximo de 38 pacientes al día y a un mínimo de 4, laborando un promedio de 9.6 horas diarias, realiza turnos y está medianamente de acuerdo con los recursos institucionales. En lo que se refiere a las enfermeras el ingreso mensual está dentro del rango de 0 a 1000 dólares, con experiencia laboral promedio de 10 años en el sector privado, con contrato por nombramiento, atiende a un máximo de 42 pacientes al día y a un mínimo de 4, un promedio de 8.8 horas diarias, cumple con turnos y está medianamente de acuerdo con los recursos institucionales.

En la investigación no se evidencia casos de burnout en los profesionales de la salud, pues no cumplen con los criterios en las tres dimensiones del MBI, sin embargo si se identificó agotamiento emocional y despersonalización altos, con índices un poco más elevados en enfermeras que en médicos/as, así como baja realización personal más en enfermeras.

En lo referente a las dimensiones del burnout, el 10% de los profesionales médicos presentaron niveles altos en agotamiento emocional, el 20% niveles altos en Despersonalización y 25% niveles bajos en realización personal. En relación a las enfermeras, los niveles encontrados fueron un poco más altos con respecto a los obtenidos por los médicos, donde el 25% de las enfermeras obtuvieron niveles altos en agotamiento emocional y despersonalización y el 30% niveles bajos en realización personal.

En la percepción del clima laboral de los médicos/as fue sentirse bastante valorados por sus pacientes, familiares de sus pacientes, compañeros y directivos de la institución. En lo que se refiere a la satisfacción laboral están bastante y totalmente satisfechos con el trabajo que realizan, interacción con los pacientes, apoyo de directivos, colaboración entre compañeros,

experiencia laboral y situación económica. El perfil de valoración percibido por las enfermeras fue sentirse bastante valoradas por sus pacientes y familiares de éstos, totalmente valoradas por su compañeros/as y muy poco valoradas por los directivos de la institución. En relación a la satisfacción laboral, están bastante y totalmente satisfechas con su trabajo, bastante satisfechas en su interacción con los pacientes, apoyo recibido de directivos de la institución, colaboración entre compañeros de trabajo, experiencia laboral y poco satisfechas con su situación económica.

En lo que se refiere a la salud en general, las enfermeras presentaron porcentajes mayores en ansiedad, depresión y síntomas somáticos que los médicos/as.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de la salud ante situaciones adversas fueron, en el caso de los médicos/as, afrontamiento activo y planificación; las enfermeras por su parte utilizan más el afrontamiento activo y auto distracción, los cuales se pueden considerar estrategias adecuadas y considerarse factores protectores frente al estrés laboral y el apareamiento del síndrome de burnout.

En la percepción de apoyo social tanto para médicos/as y enfermeras fueron las expresiones de amor y cariño y el apoyo emocional que les llevó a superar factores estresantes en su vida diaria, siendo el apoyo social una variable muy importante que contrarresta los efectos negativos del estrés laboral o su aparición.

El rasgo que predomina en ambas profesiones es la Extroversión, características que influyen positivamente frente a situaciones de estrés y facilitan el uso de estrategias de afrontamiento para enfrentar problemas.

En la investigación se encontró que las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, correlacionan de forma indirecta y altamente significativa con la variable Apoyo Emocional, de modo que mientras mayor apoyo emocional reciban los profesionales de la salud, menor será la despersonalización y el agotamiento emocional. En lo que se refiere a realización personal, ésta correlaciona de forma directa y altamente significativa con los distintos factores de apoyo social, de modo que mientras mayor apoyo emocional reciban los profesionales de la salud, mayor será su nivel en realización personal.

## RECOMENDACIONES

- En vista que se evidenció ausencia de burnout en los participantes, es recomendable hacer seguimiento a los casos que resultaron afectados en sus dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, para que no desarrollen el síndrome.
- Se recomienda evaluar periódicamente a los profesionales de la salud, con el objetivo de detectar a tiempo el apareamiento del síndrome de Burnout o sus dimensiones e intervenir de manera oportuna, contribuyendo con ello a mejorar los niveles de productividad, servicio y calidad en la atención a las personas que se benefician de los cuidados de médicos y enfermeras.
- Poner especial énfasis en el área de la salud y particularmente en el área oncológica (área que ocasiona gran estrés e involucra enfrentarse seguidamente a pérdidas humanas) en cuanto a investigaciones que ayuden a prevenir el síndrome o sus dimensiones.
- El apoyo social ha resultado ser uno de los factores que inciden positivamente en la ausencia del síndrome, por tanto, es conveniente que se promoció convenientemente y sean percibidos por los profesionales de la salud, de manera que directivos de la institución, compañeros de trabajo, familia, amigos, sepan que ayuda prestar en el momento oportuno.
- Es recomendable que las personas se informen acerca del síndrome de burnout, síntomas, consecuencias y prevención, a través de psi coeducación, información en trípticos o folletos, de manera que puedan buscar ayuda si lo requieren.

Para prevenir el Síndrome de Burnout se recomienda:

- Mejorar el suministro de recursos necesarios y equipamiento que se utiliza en el trabajo, así como las condiciones físicas del mismo, con el fin de mejorar el desempeño de funciones minimizando la frustración.
- Se sugiere analizar estratégicamente las responsabilidades y tareas asignadas a los profesionales, de manera que la carga de trabajo se aliviane.
- Mejorar los tiempos de descanso.

- Valorar periódicamente la salud física y mental del personal, con la finalidad de detectar a tiempo anomalías físicas o psíquicas que estén afectando su desempeño laboral y su funcionamiento emocional.
- Con la finalidad de manejar de mejor manera las situaciones estresantes, sería conveniente fortalecer las estrategias de afrontamiento que se ha visto en este estudio han sido factores protectores frente al síndrome de burnout, al igual que otras tantas como la aceptación, religión, replanteamiento positivo, entre otras.
- Dentro de la institución, implementar actividades lúdicas y espacios de recreación donde conversar y fortalecer lazos sociales, de amistad, cooperación y que el trabajo en equipo se convierta en un verdadero hábito organizacional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, S., & Bruschi, M. de la P. (2013). *Relación entre Síndrome de Burnout , Bienestar Psicológico Estrategias de Afrontamiento Relación entre Síndrome de Burnout, Bienestar Psicológico y Estrategias de Afrontamiento*. Univesidad Nacional de mar de plata.
- Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout : síntomas , causas y medidas de atención en la empresa. *Exito Empresarial*, (160), 4.
- Arias, W., & Carpio, A. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa Burnout syndrome in the nursing staff from Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(4), 1–19.
- Bareño, S., Berbesi, D., & Zapata, C. (2008). Factores asociados al síndrome de burnout en docentes de enfermería, medellín-colombia 2008. *Investigaciones Andinas*, 12(21), 36–48.
- Buendía, J., & Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92–100.
- Castejón, E. O., & Hernandez Zamora, L. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del “ estar quemado ” ( burnout ) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 121–126.
- Chavez, V. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en Centros de Salud de algunas ciudades del Ecuador: Hospital Kennedy y Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor (Guayaquil), Hospital Público y Clínica Particular Nuestra Señora de Monserrate (Manta) y Centro de Salud de las Comunidades Indígenas (Coca y Tena)* (Tesis pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Quito.
- Contreras-palacios, S. C., Ávalos-garcía, M. I., Romeo, H., Álvarez, P., & Morales-garcía, M. H. (2013). Síndrome de Burnout , funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa , Tabasco , México . *Salud Pública*, 12(605), 45–57.
- Edelwich, J. Y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Freudenberger, H. J. (1980): (1980). *Burn-out*. Nueva York: Doubleday.
- Garcés, L., & Ramirez, M. (2013). *Burnout y la verdadera satisfacción laboral*. Universidad Ces.
- González, M., Lacasta, M. A., & Ordoñez, A. (2008). El síndrome de agotamiento profesional en oncología.
- Hernández, E., & S, D. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. las asociaciones de mujeres mastectomizadas de españa. *Boletín de Psicología*, (78), 21–39.
- Holmes, E., Alves, J., Souza, D., Abreu, Y., Viana4, Dos Santos, S., & R. (2014). Síndrome de burnout em enfermeiros da estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem*, 8(7), 1841–1847. <https://doi.org/10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201402>



- Jiménez, A., Jara, M., & Miranda, E. (2012). Burnout , apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Revista Semestral Da Associação Brasileira de Psicologia Escolar E Educacional*, 16(1), 125–134.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135–140.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., Amilo, D. A. C., & AGuirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (eec-m) en una muestra colombiana. *Bogotá (Colombia)*, 5(1993), 327–349.
- Maldonado, G. (2017). *Síndrome de Burnout y su relación con variables sociodemográficas en médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017* (Tesis pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Quito.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout . evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, nº 112, 1–40.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). MBI: Maslach Burnout Inventory. *Manual*.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982). "Burnout in health professions: A social psychological analysis",. *Social Psychology of Health and Illness*.
- Maslach, C. (1976). "Burn-out." *Human Behaviour*, 5(9), 16–22.
- Maslach, C. (1985). The Role of Sex and Family Variables in Burnout. *Sex Roles*, 12, 837–851.
- Melita, A., Cruz, M., & Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en burnout in nursing professionals working in health centers. *Ciencia Y Enfermería*, (2), 75–85.
- Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Hernández, G., Carvajal, R., & Morante, M. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *ANSIEDAD Y ESTRÉS*, 11(1), 87–100.
- Paine, W. S. (1982). "Overview: Burnout stress syndromes and the 1980s", en W.S. PAINE (Ed.). *Job stress and burnout: research theory and intervention perspectives*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). "Burnout: From tedium to personal growth" (C. CHERNIS). Nueva York: The Free Press.: Staff Burnout: Jon Stress in the human services.
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). *Carrer burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.
- Ramos, F. (1999). *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L.
- Revilla Ahumada, L., & Del Castillo, J., Bailón Muñoz, E., & Medina Moruno, I. (2005). Luna Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10–18.
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Montes, M., & Germán, M. A. S. (n.d.). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A)(I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*,. 2002, 7(3), 195–205.
- Seisdedos, N. (1997). Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach.

- Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Lotte, N., Sotile, W., & Satele, D. (2017). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *American Medical Association*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Teixeira, C., Orquidea, R., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BioMed Central*, 13, 38. <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
- Terrones-Rodríguez, J., Cisneros-Pérez, V., & Arreola-Rocha, J. (2016). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Educación*, 54(618), 242–248.
- UGT. (2006). *Guía sobre el Síndrome de Quemado (Burnout)* (Impresión:).
- Um, M., & Harrison, D. F. (1998). Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress–strain– outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 22(2), 101–115.
- Valdivia, R. Q., & Méndez, S. S. (1999). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de salud del Cusco. *Revista Semestral de La Facultad de Medicina Humana*, 11–22.
- Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., & Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 12(1).

## GLOSARIO

EPQR-A: Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated

GHQ: General Health Questionnaire

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MBI: Maslach Burnout Inventory (MBI)

OMS: Organización Mundial de la Salud

SB: Síndrome de *burnout* (SB).

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UGT: Unión General de Trabajadores

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1. Modelos explicativos del Síndrome de Burnout.** 1) Teoría Socio cognitiva del Yo, 2) Teoría del Intercambio Social, 3) Teoría Organizacional y 4) Teoría Estructural. Adaptado de “EL SÍNDROME DE BURNOUT . EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.” de Martínez, A., 2010. *Vivat Academia*, nº 112, 1–40..... 15

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud. ....</b>	<b>32</b>
<b>Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud. ....</b>	<b>33</b>
<b>Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud. ....</b>	<b>33</b>
<b>Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud. ....</b>	<b>34</b>
<b>Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud. ....</b>	<b>35</b>
<b>Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud. ....</b>	<b>36</b>
<b>Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud. ....</b>	<b>36</b>
<b>Tabla 10. Correlaciones entre apoyo emocional y las dimensiones del burnout.....</b>	<b>37</b>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

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  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_\_

Recibe su remuneración salarial:  sí  no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

### Datos Laborales

Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_

Enfermera

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

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

Trabaja usted en turno SI  No

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

Ninguno  25 %  25-50%  50-75%  75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: \_\_\_\_\_

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente  Medianamente  Poco  Nada

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

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

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

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

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

## ANEXO 2. Inventario de burnout de Maslach.

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 3

### ANEXO 3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).

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

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



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

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

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

#### ANEXO 4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).

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

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

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

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

## ANEXO 5. Cuestionario MOS de apoyo social.

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 6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR- A).

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

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

---

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