



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y su relación con las horas de trabajo en un hospital de Salitre-Guayas.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Trelles Cepeda, Cinthya Mirella

DIRECTOR: Cuenca Puma, Geovanny Eduardo, Mgtr.

CENTRO REGIONAL GUAYAQUIL

2017



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

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Geovanny Eduardo Cuenca Puma.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Identificación del Burnout en profesionales de la salud y su relación con las horas de trabajo en un hospital de Salitre-Guayas, realizado por Trelles Cepeda Cinthya Mirella, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 7 de agosto del 2017

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Trelles Cepeda Cinthya Mirella, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Identificación del Burnout en profesionales de la salud y su relación con las horas de trabajo en un hospital de Salitre-Guayas, de la Titulación de Licenciatura en Psicología, siendo Geovanny Eduardo Cuenca Puma director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Autora: Trelles Cepeda Cinthya Mirella

Cédula: 092248708-7

DEDICATORIA

Para mi Suri Amelia, gracias mi niña por ser la energía que impulsa todos mis esfuerzos.
Juntas somos capaces de lograr nuestros más anhelados sueños.

Cinthy Mirella Trelles Cepeda

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que han hecho posible la consecución de una meta más: Mi familia, amigos y docentes de la universidad, que el apoyo brindado les sea devuelto en creces.

Cinthy Mirella Trelles Cepeda

INDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|------|
| CARÁTULA | i |
| APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN | ii |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS..... | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS..... | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | viii |
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 1.1. Conceptualización del <i>Burnout</i> | 6 |
| 1.1.1. Desarrollo del término | 7 |
| 1.2. Desarrollo y fases del <i>Burnout</i> | 10 |
| 1.3. Consecuencias del <i>Burnout</i> en profesionales de la salud..... | 14 |
| 1.4. Modelos explicativos del <i>Burnout</i> | 16 |
| 1.4.1. Modelos basados desde la Teoría Sociocognitiva | 16 |
| 1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social | 19 |
| 1.4.3. Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional..... | 20 |
| 1.4.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo | 22 |
| 1.4.5. Modelo de la Teoría Estructural: Modelo de Gil Monte y Peiró | 25 |
| 1.5. Prevalencia del <i>Burnout</i> | 26 |
| 1.5.1. Importancia del estudio del <i>Burnout</i> en profesionales de la salud..... | 26 |
| 1.6. Variables asociadas al <i>Burnout</i> | 31 |
| 1.6.1. Variables sociodemográficas en profesionales de la salud | 31 |
| 1.6.2. Variables laborales en profesionales de la salud | 32 |

| | |
|---|----|
| 1.6.3. Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud | 33 |
| 1.6.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud..... | 34 |
| CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA | 36 |
| 2.1. Objetivos..... | 37 |
| 2.1.1. General..... | 37 |
| 2.1.2. Específicos | 37 |
| 2.2. Preguntas de investigación..... | 37 |
| 2.3. Diseño de investigación | 37 |
| 2.4. Contexto | 38 |
| 2.5. Muestra | 38 |
| 2.6. Procedimientos e instrumentos de investigación | 39 |
| 2.6.1. Procedimientos | 39 |
| 2.6.2. Instrumentos..... | 39 |
| CAPÍTULO 3. RESULTADOS | 42 |
| CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN..... | 52 |
| CONCLUSIONES | 60 |
| RECOMENDACIONES..... | 62 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 63 |
| ANEXOS | 72 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud | 43 |
| TABLA 2. Características laborales de los profesionales de la salud..... | 44 |
| TABLA 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud..... | 45 |
| TABLA 4. Resultados de las dimensiones del <i>Burnout</i> en los profesionales de la salud | 47 |
| TABLA 5. Resultados de los casos de <i>Burnout</i> en los profesionales de la salud | 47 |
| TABLA 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud | 48 |
| TABLA 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud | 48 |
| TABLA 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud | 49 |
| TABLA 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud | 50 |
| TABLA 10. Correlaciones entre horas de trabajo y las dimensiones del <i>Burnout</i> | 50 |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar el nivel de *burnout* en médicos y enfermeros/as y los factores relacionados con este fenómeno, en un hospital de la zona central del cantón Salitre de la provincia del Guayas. La metodología utilizada es de carácter exploratorio, cuantitativo y transaccional, y se basó en la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario sociodemográfico y laboral, Maslach Burnout Inventory MBI, Cuestionario de Salud Mental GHQ28, Cuestionario de Personalidad EPQR-A, Cuestionario de Apoyo Social MOS y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento BRIEF-COPE; con el fin de conocer la presencia o no del síndrome de *burnout*, estado de salud, personalidad, percepción del apoyo social y estilos de afrontamiento. Estos instrumentos fueron aplicados a veinte médicos y veinte enfermeros/as. Los resultados obtenidos mostraron que mientras más horas de trabajo cumpla un profesional de la salud mayor será la posibilidad de presencia del síndrome de *burnout*, sobre todo en el personal de enfermería pues ellos trabajan más horas y en turnos rotativos.

Palabras claves: Síndrome de burnout, agotamiento emocional, personal de salud.

ABSTRACT

The following study was undertaken with the aim of identifying levels of “burnout” and related factors in doctors and nurses who work in a downtown hospital in Salitre, located in the Guayas province. The methodology utilized is of an exploratory, qualitative and transactional character, and was based on the application of the following instruments: Socio-Demographic and Labor Questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI), Mental Health Questionnaire (GHQ28), Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A), Social Support Questionnaire (MOS) and the Coping Styles BRIEF-COPE questionnaire; with the aim of knowing if Burnout syndrome was present or not in the study participants, their state of health, personality, perception of social support and their coping styles. The study sample included twenty doctors and twenty nursing graduates. The results obtained show that the longer the working hours performed by a health professional, the greater the possibility of the presence of Burnout syndrome, especially in the nursing staff because they work longer hours and in rotating shifts.

Key words: Burnout syndrome, emotional exhaustion, health staff.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de *burnout* o de “quemarse” en el trabajo representa en la actualidad uno de los riesgos laborales de carácter psicosocial que está en alza en los países desarrollados y en vías de desarrollo, y nuestro país no es la excepción. Por tal motivo, la iniciativa para realizar investigaciones a nivel local surge del Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, en la modalidad de estudios a distancia; la presente investigación es parte de un tema macro denominado “Identificación del *Burnout* en profesionales de la salud en el Ecuador”.

Puntualmente, se muestran los resultados de la identificación de un caso de *burnout* en profesionales de la salud y la relación encontrada con las horas de trabajo en un hospital de Salitre en la provincia del Guayas. El estrés laboral al que tienen que hacer frente tanto médicos como enfermeros/as deriva innegablemente en cambios en su estilo de vida que acarrea problemas de salud física y psicológica, desencadenando una serie de respuestas conductuales que perjudican la atención al usuario del centro de salud.

La necesidad de estudiar el agotamiento profesional o *burnout* en personal de la salud está respaldada con el estudio de los procesos de estrés laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997), pues representa un problema relacionado con el ambiente de trabajo; por tal motivo, se procedió a investigar sobre el síndrome en sí: su significado, fases, población en riesgo según investigaciones realizadas tanto en países desarrollados como en países vecinos, tomando también en consideración estudios realizados en nuestro país (resultan no ser numerosos, pero importantes para conocer los pasos dados con anterioridad). Luego, se procedió a perfilar los objetivos y preguntas de investigación que permitirían posteriormente llegar a conclusiones; se empleó un diseño cuantitativo, no experimental, exploratorio-descriptivo; con una muestra de accesibilidad, no probabilística y accidental (Hernández Sampieri et.al, 2010).

Los instrumentos elegidos para este tipo de investigación son: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD HOC (Ramírez, 2016), con el fin de recolectar datos afines al síndrome; el Cuestionario de MBI de Maslach, C. y Jackson, S.E. 1986 (versión española de Seisdedos, 1997), para detectar casos de *burnout* y evaluar las dimensiones del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo; el Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28) de Goldberg y Hillier, 1979 (versión española de Lobo et al., 1981), para evaluar la salud en general de las personas además de detectar trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos; la Escala Multidimensional de

Evaluación de los Estilos de Afrontamiento de BRIEF-COPE (Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado, 1997, de López, 2005), que permite evaluar la manera que tienen las personas de afrontar diferentes situaciones de la vida diaria; el Cuestionario MOS de apoyo social de Sherbourne y Steward, 1991 (versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005), para evaluar el nivel de apoyo social percibido por las personas (si ellos creen contar con una red de apoyo o no), y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A de Francis, Brown y Philipchalk, 1992 (Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999), que evalúa tres dimensiones básicas de la personalidad: Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo.

Los resultados obtenidos arrojaron que existe la presencia de un caso de *burnout* y que el riesgo para el personal está presente, sobre todo por las largas jornadas laborales y los turnos rotativos; es decir, mientras más sean las horas de trabajo que cumpla un profesional de la salud mayor será la posibilidad de presencia del síndrome de *burnout*.

Esta investigación resulta de interés para el hospital de Salitre, puesto que reconocer la presencia del síndrome y aprender sobre el mismo les permitirá tanto a los directivos como al personal de salud analizar el entorno de trabajo y así tomar medidas primarias que permitan mejorar dicha situación. También resulta de interés para la sociedad ecuatoriana, puesto que se trata de un tema nada ajeno a la realidad nacional y presente en diversos ambientes laborales.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del *burnout*

Hoy en día por el ritmo agitado del estilo de vida contemporáneo, aparece una cantidad considerable de efectos nocivos en nuestra salud como producto de una situación estresante, dicho esto de otra forma, porque el ritmo de vida es tan acelerado - pues la sociedad así lo exige- que carecemos a veces de estrategias para afrontar dicha demanda, lidiando a diario con acontecimientos impredecibles a veces, o simplemente incontrolables.

Es común observar cómo se rompe nuestra *homeostasis*, nuestro equilibrio, y perdemos la calma, reflejándose esto en nuestro sistema inmune que desencadena una serie de respuestas psicofisiológicas afectándonos en general, o enfermándonos de manera particular. Así mismo, si profundizamos al respecto, es más común ver cómo ciertas personas manejan de manera diferente las demandas diarias a comparación del resto; tiene mucho que ver el hecho que el área personal, familiar, laboral, educacional, social, etc., se desequilibra, pues la presión demanda nuestra atención en un área en particular. De hecho, es el área laboral el que actualmente acarrea problemas de salud en la población económicamente activa. Amigo (2015) afirma: “El problema del control (de los acontecimientos) tiene una especial vinculación con el estrés laboral”. Dicho estrés – que es crónico- es mejor conocido como *Burnout (en inglés)* o el *Síndrome de estar quemado en el trabajo*. (Maslach, 1982).

El rasgo fundamental de este síndrome es el agotamiento emocional, la sensación de no poder dar más de sí mismo; pero además, se manifiestan sentimientos de despersonalización, actitudes negativas acerca del sujeto con el que trabaja, lo que los lleva a considerar que en alguna medida merecen los problemas que tienen y a responder impersonal y fríamente, y de falta de realización en el trabajo productos del estrés generado en el ambiente laboral y del contacto interpersonal que los profesionales deben mantener cotidianamente. (Maslach & Jackson, 1986)

Es interesante observar cómo el estrés negativo, es decir, el *distrés* se va apoderando de diferentes áreas de nuestras vidas; en el caso del *burnout* llega a distorsionar la meta de la vinculación laboral, llevando a sobrecargar las responsabilidades generando la sensación de la falta de control, entrando en cuadros de ansiedad y hasta depresión, ocasionando absentismos e incluso, en casos extremos, la muerte (Bernstein, 2009).

En conclusión, el síndrome del *burnout* es una manifestación más del estilo de vida actual, de cómo la sociedad hoy en día pone de manifiesto la importancia del trabajo y la presión ejercida en el diario vivir. El aprender sobre este síndrome permite realizar un

reconocimiento prematuro del mismo en la persona afectada, analizando el entorno de trabajo que le rodea, para así tomar medidas primarias que permitan mejorar dicha situación.

1.1.1. Desarrollo del término

Comencemos en la época en que se daban los primeros pasos en el reconocimiento del síndrome como una alteración psicofisiológica tipo “distrés” en una población específica de profesionales de la salud; ciertamente Bradley (1969) ya hablaba de este síndrome utilizando el término “staff burnout” para describir un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional; pero es en la década de los 70 que un psicólogo estadounidense de origen alemán, llamado Herbert Freudenberger, quien describe el síndrome de *burnout* como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en instituciones con trato directo con personas, como en ambientes hospitalarios (Feresín, 2009), aunque el síndrome aún no era conocido por el nombre que actualmente se maneja.

La historia es interesante, pues Freudenberger trabajaba por aquel entonces en una clínica en la ciudad de Nueva York; en las interacciones dadas en dicho centro tuvo la oportunidad de observar la labor llevada a cabo por los voluntarios que se dedicaban a trabajar con toxicómanos; él observó que la mayoría de los voluntarios, en un periodo aproximado de un año comenzaban a decaer, es decir, ya no mostraban el mismo empeño de antes, más bien sufrían un deterioro notable pues ya no tenían la misma energía, se mostraban agotados, también presentaban síntomas de ansiedad y depresión, conllevando como respuesta comportamientos de embotamiento, agotamiento e inclusive agresividad ante sus pacientes; es decir, sufrían un proceso de desgaste gradual (Freudenberger, 1974). Es decir, la historia nos enseña que este síndrome no es nuevo ni exclusivo del ritmo de vida contemporáneo: nos da antecedentes que sirven de base para que podamos observar las reacciones y respuestas del ser humano ante una demanda específica que trae consecuencias en nuestra salud.

Continuando por esta línea investigativa, la también psicóloga estadounidense Cristina Maslach (1976) fue una de las precursoras del término “*burnout*” en sí; acuñó el mismo para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales de ayuda. Ella concluyó que las personas afectadas por este síndrome sufrían sobrecarga emocional (Feresín, 2009). Maslach (1982) definió al *burnout* como “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”. Es decir, es la

contradicción de la acción: personas dedicadas a la recuperación de otras que decaen y enferman. Y las definiciones hasta ahora mostradas, apuntan a que el *burnout* es producto de algo externo al individuo, pero, ¿tiene que ver también las diferencias internas de cada individuo, o no? Veamos otras definiciones al respecto.

Por su parte, Pines y Kafry (1978), definen el *burnout* como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Una serie de autores desde entonces definen el *burnout* con términos similares, suscribiéndose al mismo contexto y estilo de exposición a estresores. Por ejemplo, Dale (1979) lo define como *consecuencia de estrés laboral*, cuyo síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo. Posteriormente Cherniss (1980), entrando en la década de los ochenta, señala al *burnout* como “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas”. Aquí aparece un nuevo elemento, los *cambios personales*. Este concepto estaría vinculado a un triple proceso (Llaneza, 2009):

- 1) Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- 2) Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento.
- 3) Cambios en actitudes y conductas (afrentamiento defensivo).

Es decir, en palabras de Gil-Monte y Peiró (1996), el síndrome de *burnout* afecta a todas aquellas profesiones cuyo ámbito laboral se desarrolla en contacto directo y continuo con personas, especialmente las que tienen por misión ayudar a los demás.

Si contextualizamos, puntualmente tenemos que el *burnout* se observa con mayor frecuencia en las profesiones que conllevan cierta implicación *emocional* (Amigo, 2015), “como ocurre generalmente en el ámbito de los servicios humanos: docentes, médicos, policías, asistentes sociales o enfermeras” (Bermejo y Prieto, 2006; Ríos Peñalver y Godoy, 2008).

Es decir, en donde la implicación emocional es necesaria por la atención personalizada que se debe de brindar en el campo laboral, es donde mayor riesgo de desarrollar el síndrome de *burnout* se corre.

A pesar de que hoy en día es conocido y aceptado este síndrome, y de haber una cantidad considerable de maneras para definirlo, considero que la definición de Maslach y Jackson (1977) es la más completa y aplicable en nuestro campo de estudio, pues define al *burnout* como “un proceso multidimensional con tres componentes: baja realización personal, cansancio emocional y despersonalización”.

La *baja realización personal* se refiere a la valoración profesional negativa que la persona hace de su habilidad en el trabajo y de la relación con las personas que atiende; el *cansancio emocional* se refiere a la sensación de sentirse agotado emocionalmente por el desgaste que provoca la interacción cotidiana con otras personas; la *despersonalización* engloba la irritabilidad, las actitudes negativas y las respuestas frías e impersonales hacia las personas con las que se trabaja (pacientes, alumnos, etc.), llegándoles incluso a culpabilizar de sus problemas (Amigo, 2015).

Ortega Ruiz y López Ríos (2003) señalan que en la actualidad se puede observar que el síndrome del *burnout* es dueño de diferentes terminologías, por ejemplo, el más conocido, el *Síndrome de estar quemado* (la traducción del término anglosajón), otro es el *síndrome de quemazón*, *desgaste profesional* y *desgaste psíquico* como términos equivalentes; pero indican que debe de diferenciarse este síndrome con otros conceptos similares como depresión, estrés e insatisfacción laboral. Este último detalle es sumamente importante, ya que la depresión, estrés e insatisfacción laboral pueden ser *condiciones necesarias pero no suficientes* para que se desarrolle el *burnout*; aquí cabe recordar las condiciones y rasgos de la depresión y el estrés antes de realizar un juicio en una situación donde aparentemente se desarrolle el *burnout* (por ejemplo, en el estrés se da hiperactividad emocional, en cambio en el *burnout* se da un desgaste emocional).

Existen varios estudios que apuntan que el *burnout* está presente en algunas profesiones más que en otras (Kyriacou, 1980; Pines, Arason y Kafry, 1981; Maslach y Jackson, 1982; Henderson, 1984; Smith, Birch y Marchant, 1984; Rosse, Jonson y Crow, 1991; García Izquierdo, 1991; Price y Spence, 1994; Deckard, Meterlo y Field, 1994); sin embargo, la mayor prevalencia se puede observar en la población de médicos (30-40%) y enfermeros (20-35%) según el Observatorio Permanente de Riesgos Sociales UGT de Madrid (2006). Le siguen de cerca los profesores (25%) y policías y personal sanitario (20%). Si se analiza con detenimiento, estos datos reseñados tienen mucho sentido pues justamente son las profesiones que mayor contacto con personas tienen. Gracias a esto se puede resaltar una vez más la importancia de esta investigación y de la preparación para afrontar el *burnout* pero, ¿estamos realmente preparados para afrontarlo? ¿Qué opina la sociedad en general y las autoridades en particular sobre este asunto? ¿Existe a lo mejor alguna ley que regule y obligue a reparar como enfermedad el *burnout* en el ámbito laboral?

En nuestro país no existen políticas de prevención ni reparación contra el *burnout* (Coello, 2016), pues aún no es reconocido como un riesgo psicosocial, menos aún dentro del personal sanitario y de salud (a pesar de existir encuestas, pero no estadísticas reales). Sin embargo, en otros países cercanos como Colombia y Brasil sí.

1.2. Desarrollo y fases del *burnout*

Como en todo síndrome, el *burnout* presenta una serie de reacciones cognitivas, afectivas y volitivas que se desarrollan y mantienen de acuerdo a su progreso según la persona, el momento y los factores que le anteceden. Es así como el desarrollo y fase del *burnout* no son estáticos, es decir, no se puede establecer el mismo lineamiento para todas las personas.

Existe una variedad de propuestas con respecto a cómo se va a desarrollar este síndrome, entre los conceptos y autores más destacados tenemos:

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) desarrollaron un modelo según el cual el *burnout* es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso con sus funciones como reacción al estrés laboral; así mismo, presenta una secuencia: 1) *despersonalización*, 2) *bajo logro personal* y 3) *cansancio emocional*. Según Martínez (2010), Golembiewski et al., plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en relación con la virulencia del síndrome, es importante señalar que en cada sujeto la prevalencia de las fases dependerá de sí mismo, y no necesariamente todas las personas pasan por todas las secuencias:

- Primera fase: aparece el estrés por exceso de trabajo. La persona experimenta irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva.
- Segunda fase: la persona, como respuesta al estrés, desarrolla estrategias de alejamiento para hacer frente a la amenaza. Esta estrategia puede ser constructiva o todo lo contrario, siempre va a depender de cómo fluya, es decir de su naturaleza (empatía o cinismo); es decir si, por ejemplo, aparece la despersonalización (cinismo), aparecerá el síndrome con mayor rapidez (*burnout*).
- Tercera a octava fase: queda en dependencia de la disminución en el sentimiento de la realización personal, que traerá como consecuencia el agotamiento emocional (Martínez, 2010). La misma autora señala a manera de ejemplo (para comprensión del lector), que la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional.

Se recalca nuevamente que en este modelo la importancia radica en las diferencias individuales, es decir, la secuencia dependerá de cada individuo.

Leiter y Maslach (1988) indican que la pérdida gradual del compromiso de los trabajadores se debe, principalmente, al estrés generado en el trabajo que traerá como consecuencia un sentimiento de *agotamiento emocional* que generará en una *despersonalización*, evidenciándose más que nada en el trato hacia otras personas, especialmente en el cliente; luego, ya sólo se observará como la persona ha *perdido el compromiso persona* y *disminuye su logro emocional* en el trabajo; es la fase del “quemado”.

Según Leiter y Maslach (1988), el agotamiento emocional que experimenta un trabajador con *burnout* es la base que pone en marcha el síndrome (a diferencia de Golembiewski et al (1983) que coloca el agotamiento emocional como consecuencia última), siendo el bajo logro personal en el trabajo el que daría lugar a las consecuencias observables del *burnout* como es: el absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo, etc. Mediatizadas por la despersonalización (Mansilla, 2010). Luego de esto aparece la sensación de “fracaso”, el bajo logro personal:

- Primera fase: Agotamiento emocional
- Segunda fase: Despersonalización
- Tercera fase: Baja realización personal

Cabe señalar que este modelo es el que goza de mayor aceptación dentro de la comunidad científica internacional: utilizan el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como método fundamental para evaluar y establecer el grado de avance del estrés laboral crónico. Si el modelo de Golembiewski et al (1983) disponía las diferencias individuales del individuo para el desarrollo del *burnout*, el modelo de Leiter y Maslach resalta la interacción constante y crónica de la experiencia del estrés, la evaluación que el individuo hace de los otros y su autoevaluación.

Leiter (1993) toma de base su trabajo con Maslach para plantear que el *burnout* se da por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales: esto provocaría *cansancio emocional* en el trabajador para luego experimentar la *despersonalización* como estrategia de afrontamiento (sobre todo frente a quien sirve). Esto hace que todo lleve al *bajo logro personal* como ineficacia al afrontar los estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial (Martínez, 2010).

- Primera fase: Agotamiento emocional, *luego*
- Segunda fase: Despersonalización, *entonces*
- Tercera fase: Baja realización personal

Es la interacción de estas fases la que le da el toque de cronicidad al estrés laboral. Los resultados dependerán del caso en concreto.

Lee y Ashforth (1993), por su parte, señalan una postura con ciertas diferencias al colocar el orden de los factores; aclaran su punto indicando que tanto la *despersonalización* como la *baja realización personal* en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de *agotamiento emocional*. En palabras de Mansilla (2010):

Pero plantean que los modelos de Leiter y Maslach y Golembieswki, Munzenrider y Carter coinciden en que la reducida realización personal está afectada por la despersonalización y ven el *burnout* como un proceso que se va desarrollando. Por tanto, la clave sería comprobar si el agotamiento emocional es el final o el inicio del proceso, lo cual es muy importante porque de este aspecto depende la línea de prevención e intervención en el *burnout*. (Mansilla, 2010).

Entonces, en estructura, tenemos que:

- Primera fase: Agotamiento emocional
- Consecuencia Uno: Despersonalización
- Consecuencia Dos: Baja realización personal

Lee y Ashforth (1993) colocan al agotamiento emocional como centro del desarrollo crónico del estrés laboral, sin tomar en cuenta como antecedentes el medio y la imagen personal.

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995): Bajo logro personal + Agotamiento emocional = Despersonalización

El modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), se caracteriza por ser integrador (todo en conjunto, no prevalencia de un carácter o fase). Martínez (2010), realizó un análisis profundo de este modelo, y llegó a la conclusión de que Gil-Monte et al., querían señalar la importancia de las elaboraciones cognitivas en los sujetos, ya éstas influirían en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se modifican por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas; por lo tanto, el auto concepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales.

Puntualmente, en los profesionales, por la acumulación de los estímulos estresores, aparece la falta de realización personal y el agotamiento emocional a la vez y en la misma cantidad, a partir de allí se forma la despersonalización, por la ineficacia de manejar estos estímulos

estresores; es decir, aparece como respuesta a la ineficacia del afrontamiento del estrés laboral.

- Primera fase: Baja realización personal
- Segunda fase: Agotamiento emocional
- Consecuencia: Despersonalización

Según relata Mansilla (2010), luego se incorporaría el “*sentimiento de culpa* en el proceso del *burnout*”.

Es posible identificar dos perfiles en la evolución del *burnout*: uno, caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran *burnout*, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el síndrome no resulta incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios, pacientes, clientes, etc. y para la organización. Otro incorpora la aparición de sentimientos de culpa como un síntoma más del *burnout*. La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del *burnout* que intensifica sus síntomas y lo hace perverso (Mansilla, 2010).

Los sentimientos de culpa llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian se incrementará la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa o intensificará los existentes originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del *burnout* (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte, 2007).

Entonces, el modelo quedaría así:

- Primera fase: Baja realización personal
- Segunda fase: Agotamiento emocional
- Consecuencia uno: Despersonalización
- Consecuencia dos: Sentimientos de culpa

De esta manera a medio o largo plazo se producirá un deterioro de la salud del trabajador.

Se puede concluir en este apartado que el *burnout* tiene un esquema de desarrollo que no es estático, sino más bien dinámico; si bien los autores toman diferentes posturas con respecto a qué fase desencadena las consecuencias o bajo qué circunstancias se da el síndrome, lo cierto es que existe despersonalización por el nivel de estrés, agotamiento emocional por no poseer las estrategias adecuadas para lidiar con el mismo y un bajo

sentimiento de realización personal al no ver otra salida a la situación laboral actual. A este esquema habría que añadir (al contextualizar a nuestra realidad) que muchos profesionales agravarán su situación más por las condiciones económicas más que por la realización profesional en su rama. Recordemos de que existe una alta oferta de médicos generales, a pesar de existir un déficit de atención hospitalaria a nivel país por diferentes circunstancias; sin embargo, es esta misma situación la que los obliga a continuar con sus labores a pesar de estar “quemados”, pues es más el temor al desempleo, a pesar de que en algún momento se “quebrarán” emocionalmente.

1.3. Consecuencias del *burnout* en profesionales de la salud

Según Ortega y López (2003), los profesionales de la salud están expuestos a circunstancias aversivas producto de su ambiente de trabajo, y muchas de dichas circunstancias se prestan como estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y el trabajo; los más comunes son:

- Exceso de estimulación aversiva: sufrimiento y muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- La frustración de no poder curar al paciente.
- Cantidad de personas a las que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular por los turnos rotativos.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias, etc.

Esta caracterización de estresores específicos ayuda a comprender las consecuencias presentes en estos profesionales. Dichas consecuencias, puntualmente, afectan en la salud, trabajo y familia.

Como consecuencia directa en la salud, el *burnout* innegablemente está relacionado con el deterioro de la misma, más aún en el personal médico por las razones explicadas en párrafos anteriores. Se han realizado diversos estudios donde el consenso general señala consecuencias a nivel de salud física y psicológica (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Cano et al., 1996; De la Fuente et al., 1994; De la Gángara, 2002; Eastburg et al., 1994; Espinosa, Zamora y Ordóñez, 1995; Flórez, 2002; Gil-Monte y Peiró, 1997; O’Brien, 1998; Guerrero, 2001; Maslach et al., 2001; Olabarria, 1995; Turnipseed, 1994) , frutos de este síndrome:

- Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas): alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.
- Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales): ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.

También existen estudios en donde se ha analizado la relación entre el estrés y el sistema inmunológico (Ader y Cohen, 1993; Bayés y Borràs, 1996; Bonet y Luchina, 1998; Borràs, 1995; Peiró y Salvador, 1993). El estrés produce a nivel general un efecto inhibitorio de las respuestas del sistema inmune; se han estudiado diferentes tipos de situaciones estresoras como por ejemplo duelo, divorcio, situaciones de exámenes, catástrofes, intervenciones quirúrgicas, cuidadores de enfermedades crónicas, etc. (Bonet y Luchina, 1998; Gil Roales-Nieto y López, 2001; Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas, 2001) en las que se ha encontrado que la capacidad proliferativa de los linfocitos T y B disminuyen al igual que el porcentaje y actividad de las *Natural Killers* y la producción de diferentes interleucinas, mientras que los anticuerpos del virus latente del herpes se elevan. Todo ello hace al individuo más vulnerable a procesos infecciosos y de alteración autoinmune (Ortega y López, 2003).

Así mismo, existen estudios en donde las consecuencias del *burnout* en el trabajo son claramente visibles (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Cano et al., 1996; De la Fuente et al., 1994; De la Gángara, 2002; Eastburg et al., 1994; Espinosa, Zamora y Ordóñez, 1995; Flórez, 2002; Gil-Monte y Peiró, 1997; O'Brien, 1998; Guerrero, 2001; Maslach et al., 2001; Olabarria, 1995; Turnipseed, 1994), afectando el ritmo, rendimiento y calidad de la labor realizada y las relaciones dadas:

- Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales)
- Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía)
- Alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización.

Consecuencia del síndrome es la pérdida de la conducta proactiva de la persona, de forma que el sujeto pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas, especialmente laborales. (Moreno-Jiménez, González, Garrosa, 2001).

De aquí sale una conclusión específica e importante: las consecuencias del *burnout* en el individuo afectan a la organización también; esto es algo tal vez visible pero no aceptado por las cabezas de las organizaciones, quienes pretenden optimizar los recursos a un menor coste; sin embargo, el coste aumenta al existir absentismo laboral, rotación de personal, riesgos laborales, etc.

La familia, el núcleo principal de desarrollo y primer grupo social vinculante del ser humano, también se ve afectada por este síndrome. Según Feresín (2009) el profesional experimenta una sobrecarga y acumulación de roles; esto es comprensible, puesto que vive prácticamente en el ambiente de hospital y luego debe de “desconectarse” para regresar a casa e interpretar otros roles (padre/madre, pareja, familiar, etc.) también de alto nivel de desgaste.

Existe un reconocimiento por parte de autores clásicos de este tema con respecto a las consecuencias del *burnout* a nivel familiar. Por ejemplo, para Maslach (1982), las repercusiones del *burnout* no terminan cuando el sujeto deja su trabajo, más bien comienza a afectar su vida privada, ya que su comportamiento (acumulado de estrés del trabajo) tiene un impacto en su familia y su círculo social: problemas de pareja (separaciones, divorcio), aislamiento social, distancia con amigos, incapacidad de comunicarse con sus coetáneos, etc.

Se podría describir un sinnúmero de consecuencias a nivel familiar, pero lo que cabe resaltar de toda esta información es que el síndrome del *burnout* tal vez no es tomado con la seriedad del caso, pues está demostrado que no sólo afecta al individuo y su salud, sino a su entorno, en especial a su grupo primario de apoyo; es decir, la base de nuestros valores y afectos es nuestra familia, si ésta también se ve afectada por el *burnout*, ¿cómo mejorará el profesional en desgaste?

1.4. Modelos explicativos del *burnout*

1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva

Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo. El marco de la *Teoría Sociocognitiva del Yo*, según Rodríguez y colaboradores (2011), considera que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y a su vez, estas cogniciones se ven

modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción. Específicamente, se caracterizan por otorgar a las variables del *self* (v.g., autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome (Gil-Monte, 2001)

Puntualmente, se analizarán ciertos modelos sociocognitivos que tienen relevancia en el estudio del *burnout*, y que aclararán puntos importantes para el desarrollo del presente trabajo. Entre estos tenemos los siguientes:

El *Modelo de competencia social* de Harrison (1983), quien señala que la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con la presencia de factores de *ayuda* o factores *barrera*, van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de *factores de ayuda* (por ejemplo, objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los *factores barrera* (por ejemplo, ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte, 2001).

Cherniss (1980) postula que la *autoeficacia percibida* por el sujeto juega un papel fundamental en el desarrollo del síndrome. Él indica que la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del *burnout*. Pero también aparece otra conclusión interesante: los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el *burnout*, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa. (Martínez, 2010).

Según Schwarzer (1999) la autoeficacia puede marcar diferencia en la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Con respecto a los sentimientos, un sentido de autoeficacia bajo está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Grau et. Al, 2012).

También a este grupo se suma el aporte de Pines (1993), quien señala que el fenómeno del Síndrome de *burnout* radica cuando el sujeto pone la *búsqueda del sentido existencial en el trabajo* y *fracasa* en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome de *burnout*. Por lo tanto, el *burnout* lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El *burnout* sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

El *Modelo de autocontrol* de Thompson, Page, Cooper (1993), Page y Cooper (1993), destacan cuatro factores implicados en la aparición del *burnout*, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son:

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

Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

La línea que siguen estos modelos coloca la atención en la comparación social. Básicamente, estos modelos postulan que el síndrome de *burnout* tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. (Gil-Monte, 2001). Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo (Rodríguez et. al, 2011).

A continuación, los modelos que siguen esta línea de investigación (Martínez, 2010):

El Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993), como dato interesante, se desarrolló para explicar la aparición del *burnout* en enfermeras (Martínez, 2010). Para Buunk y Schaufeli (1993) el síndrome de *burnout* por el trabajo tiene una doble etiología: 1) los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende, y 2) los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo. En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés relevantes: la incertidumbre (falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar), la percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que las personas dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones), y la falta de control (posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones laborales).

Gil-Monte (2001), postula una conclusión interesante sobre este modelo: En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, es crucial en el desarrollo del síndrome la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a las críticas o a ser tachado de incompetente. Los profesionales de salud pueden rehuir el apoyo social porque puede suponer una amenaza para la autoestima. En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del síndrome de quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio (Gil-Monte, 2001).

El Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy (1993) es, básicamente, 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* (Martínez,

2010). 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 del *burnout* son las de tipo "activo".

La idea básica de este modelo, es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el *burnout* aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera. De acuerdo con esta teoría la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de *burnout*. En suma, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física (Hatinen, M & cols, 2004).

1.4.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional

Es el tercer grupo de modelos que puntualiza explicaciones causales sobre el desarrollo del síndrome del *burnout*: analiza la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas en el trabajo. Incluyen, como antecedentes de la teoría organizacional: las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional (Rodríguez et. al, 2011; Gil-Monte, 2001).

En consecuencia, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el *burnout* se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el *burnout* por disfunciones de rol y conflictos interpersonales (Martínez A., 2010). A continuación, el desarrollo de los modelos principales:

El Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter, quienes proponen una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del *burnout*, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski (1986), uno de los seguidos más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol -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 (Rodríguez et. al, 2011; Gil-Monte, 2001).

Uno de los modelos más representativos es el de Winnubst (1993), quien señalaba que el síndrome del *burnout* puede afectar a todas las personas, no importa la rama o la organización. Él resaltó la importancia de *la estructura, la cultura y el clima organizacional* como variables clave en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse por el trabajo es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, por la monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud), el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales (Martínez A., 2010).

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en mayor medida de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal (Rodríguez et. al, 2011). Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional. Dado que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a la intervención sobre el síndrome. (Gil-Monte, 2001).

Como conclusión de este modelo, la clave para afrontar los estresores del síndrome, es el apoyo social.

Cox, Kuk y Leither (1993), por su parte, trabajan la teoría desde un enfoque transaccional, y sugieren 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 (Martínez A., 2010). También se categoriza otro antecedente del *burnout*, denominado por Cox y Cols (1993) como "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.) (Gil-Monte, 2001).

En conclusión, se puede visualizar varios modelos en donde se especifica el desarrollo del síndrome del *burnout* y cómo va desgastando todo el entorno y la salud psicofísica del trabajador. Se puede tomar estos modelos para guiarnos al hacer un breve diagnóstico de la situación por la que pasa el trabajador con el síndrome del *burnout*, así como permite hacer observaciones de cómo maneja la organización el entorno, es decir, cómo interviene para mejorar o empeorar la situación particular generadora de estrés, que definitivamente acarreará pérdidas a mediano y largo plazo para sí misma.

1.4.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo

Hasta aquí se conoce que el *Burnout* o Síndrome de quemarse por el trabajo se ha conceptualizado por múltiples autores como un proceso que ocurre entre los profesionales que trabajan hacia personas, o cuyo objeto de trabajo son personas, como por ejemplo los trabajadores pertenecientes a los sectores de la sanidad, educación, hostelería, justicia, seguridad, servicios sociales, etcétera (Gil-Monte, 2001). Pero más estudios se apegan a la quemazón por condiciones laborales en lo que respecta a las profesiones con servicio humanitario, es decir, con contacto directo con el cliente o paciente, como es el caso de los servicios de salud.

Es por esta razón que Maslach Y Jackson (1986) crearon una evaluación psicométrica donde se revisaban los aspectos, cognitivos, emocionales y actitudinales del individuo que experimenta *burnout* (Maslach y Jackson, 1986); específicamente se trata del Maslach Burnout Inventory en su versión para los profesionales de “servicios humanos” (MBI-HSS).

Fue entonces como se definió al *burnout* como un síndrome caracterizado por la aparición de baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atiende), alto agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) y alta despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (Maslach y Jackson, 1986; Gil-Monte, 2001).

Cabe resaltar que, muy aparte de la aplicación exclusiva a personal con servicios humanos, no cabe duda que el MBI se haya utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome de quemarse por el trabajo, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen (Gil-Monte, Peiró, 1999).

Hasta aquí, se ha revisado sobre los fundamentos del Síndrome de *burnout* (sobre todo su perspectiva social-psicológica) y sus tres dimensiones principales: agotamiento físico y emocional, despersonalización y sentimiento de incompetencia profesional (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, 1982; Leiter y Maslach, 1988; Maslach, 1993; Maslach y Leiter, 1997; Maslach y Golberg, 1998). Se resalta esto, pues el aporte de Edelwich y Brodsky (1980) es describir el proceso en cuatro etapas diferentes (Carlotto, Gobbi, 2001):

- a) *Etapas del idealismo y entusiasmo*: fase inicial, donde el individuo posee alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona posee involucramiento excesivo con la clientela y sobrecarga de trabajo voluntario. Al inicio de su carrera, el profesional se encuentra bastante movilizado por motivaciones intrínsecas. Hay una súper valoración de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que pueden influenciar el trabajo ofrecido al cliente. La frustración de las expectativas de esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que el trabajador pase a la siguiente etapa, la de estancamiento.
- b) *Etapas de estancamiento*: Ésta supone una disminución en las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a darse cuenta de que necesita realizar algunos cambios pasando a repensar su vida profesional. Dificultades en superar ese momento pueden hacer que el individuo se mueva para la otra etapa, la de la apatía.
- c) *Etapas de apatía*: Se considera ésta el núcleo central del *burnout*. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando

apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, comportamentales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. El contacto con el cliente es evitado, ocurren las faltas al trabajo y en muchas situaciones se da el abandono de éste o inclusive de la profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes, abriendo el camino para la última etapa de *burnout*, la del distanciamiento.

- d) *Etapa de distanciamiento*: La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona para a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de ser inadecuado, posee compensaciones (sueldo) que justifican la pérdida de la satisfacción (Edelwich y Brodsky, 1980).

Con esto, se puede observar cómo el síndrome se da de manera gradual; si todas las personas en el ámbito laboral (y familiar) tuvieran esta información, se seguro pondrían en marcha un plan para ayudar a la persona afectada por el *burnout*.

Ahora, revisando *el modelo de Price y Murphy (1984)*, se observa que estos autores relacionan el *burnout* al proceso de adaptación al estrés laboral. Según Caballero, Hederich y Palacio (2010), este proceso se asemeja al de duelo, pues conlleva a nivel personal la pérdida de la ilusión, a nivel interpersonal la pérdida de los beneficios, y a nivel social la pérdida de un trabajador competente para el sistema. Price y Murphy (1984) establecen seis fases sintomáticas:

1. Desorientación
2. Labilidad emocional
3. Culpa debido al fracaso profesional
4. Soledad y tristeza, que si se supera puede desembocar en la siguiente fase
5. Solicitud de ayuda
6. Equilibrio

Cabe destacar que estas fases no siguen un orden preestablecido, y pueden aparecer todas las fases o algunas; lo importante es observar cómo dichas fases desestabilizan al individuo que enfrenta el síndrome del *burnout* (Feresín, 2009). Es interesante cómo se da el desarrollo del proceso de adaptación al estrés laboral, pues se puede visualizar cómo el

individuo va experimentando el proceso de despersonalización, llegando al punto de culpabilizarse de la situación y limitándose a “cumplir”, sin miras a objetivos que le lleven a un crecimiento personal y profesional; es, como se señala en párrafos anteriores, similar al proceso de duelo, pues se experimenta la pérdida gradual del deseo de desarrollarse profesionalmente, se pierde el incentivo por acudir al lugar de trabajo, en fin, se pierde el “amor” por lo que se hace.

1.4.5. Modelo de la Teoría Estructural: Modelo de Gil Monte y Peiró

El modelo de Gil-Monte y Peiró (1997) explica el *burnout* teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada (Martínez, 2010). Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.

Estos autores distinguen dos perfiles en el *burnout*:

- Baja ilusión por el trabajo, altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero con ausencia de sentimientos de culpa.
- Además de los anteriores síntomas, presenta sentimientos de culpa (Feresín, 2009).

Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo pueden situarse en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil-Monte y Peiró, 1997).

1) Dentro de las consecuencias para el individuo podemos establecer 4 grandes categorías:

- a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia.
- b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (v.g. verbalizar), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia.
- c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad.
- d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones,

aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

2) Respecto a las consecuencias que para la organización tiene el que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse se pueden citar los siguientes índices:

- a) deterioro de la calidad asistencial,
- b) baja satisfacción laboral,
- c) absentismo laboral elevado,
- d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización,
- e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales,
- f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto,
- g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

Hasta aquí, podemos observar la conceptualización del *burnout*, sus consecuencias, la población más vulnerable (atención directa a personas), que no aparece de la noche a la mañana sino que es un proceso gradual con una estructura que conllevará un proceso similar al de duelo, e inclusive, en sus etapas iniciales, puede no ser reconocido o negado por la persona afectada. Estos modelos ayudan a dar una estructura a todo lo que representa el *burnout* para poder realizar un trabajo investigativo óptimo.

1.5. Prevalencia del *burnout*

1.5.1. Importancia del estudio del *burnout* en profesionales de la salud

“El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como *burnout* y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.).” (Ortega y López, 2003)

El Síndrome del *burnout*, o también llamado síndrome de estar quemado en el trabajo, síndrome del desgaste en el trabajo, etc., es un problema reconocido pero aún no totalmente aceptado en el medio laboral; en la actualidad se conoce más sobre este tipo de desgaste profesional, sin embargo, me atrevo a opinar que este síndrome tiene consecuencias que van mucho más allá de los límites visibles.

El *burnout* no sólo afecta al trabajador/colaborador, sino a todo su entorno: familia, amigos, compañeros de trabajo, superiores, personal a su cargo, salud, y demás. En el caso que compete a esta investigación, el personal de salud (específicamente médicos y enfermeros/as) es quien más ha experimentado este síndrome (Maslach y Jackson, 1982; Henderson, 1984; Rosse, Jonson y Crow, 1991; García Izquierdo, 1991; Jorgensen, 1992; Deckard, Meterko y Field, 1994), constituyéndose entonces en un problema de repercusiones mayores pues, si las personas que “cuidan” de nuestra salud no se encuentran bien, ¿Qué garantías tenemos al acudir a su consulta profesional?

De aquí deriva de la importancia del estudio del *burnout* en los profesionales de la salud, puesto que abordar este problema en los profesionales de salud significará innegablemente mejoras en la atención, lo que se traduce en beneficios para el resto de la población.

Existen múltiples autores *a nivel mundial* que han estudiado sobre el tema y sus conclusiones son reflexiones que llaman la atención a la sociedad en general, pues este síndrome impacta el estado emocional, provoca despersonalización, agotamiento e inclusive la reducción de la percepción personal.

“Se trata de una experiencia subjetiva que tiene un matiz negativo para el individuo que lo padece, puesto que implica alteraciones emocionales, problemas con la demás gente, alteraciones psicofisiológicas y repercusiones negativas, no sólo para la persona, sino para la misma organización para la que trabaja”. (Sandoval, 2000).

En España se han realizado diversos estudios sobre este tema, pero el que más ha tenido resonancia porque enfoca el *burnout* en diferencias por la influencia de género, ha sido el de Gi-Monte (2002): los profesionales de enfermería varones experimentaron significativamente mayores niveles de falta de reciprocidad que sus colegas femeninas, y mayor inclinación al absentismo; asimismo, sus niveles de despersonalización fueron significativamente mayores; la sobrecarga laboral aparece como un predictor significativo de agotamiento emocional, pero no de realización personal en el trabajo, en el caso de ambos sexos. Inclusive, a partir del 2000 el Tribunal Supremo, Sala de lo Social de España lo reconoce como accidente laboral (Gil-Monte, 2002).

En Holanda se realizó un estudio longitudinal iniciado en 1996 para constatar cómo el *burnout* se iba convirtiendo en un problema social en el entorno organizacional; se estudió básicamente el nivel de fatiga ocupacional presente en ciertas profesiones, entre las que se destacan la medicina y la enfermería (Schaufeli W.B., 2003).

En Estados Unidos se realizó un estudio con enfermeros y pacientes de las unidades de emergencia en un lapso de dos años, alrededor de varias clínicas y hospitales del país (Vahey et. al. 2004) La muestra fue de 820 enfermeros, 621 pacientes, de 40 unidades en 20 hospitales urbanos del país. Se usó las baterías de tests *The Revised Nursing Work Index (NWI-R)* y el *Inventario de Burnout de Maslach (MBI)* para los enfermeros; y para los pacientes se aplicó *La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS)*. Los resultados señalaron que las unidades caracterizadas por tener un adecuado *staff* con una administración eficiente y que apoya al equipo de enfermeros, que mantienen buenas relaciones con los doctores y enfermeros, son las que reportaron mayores niveles de satisfacción entre el personal y los pacientes. Además, se concluyó que los altos niveles de *burnout* presente en el personal hospitalario (tanto enfermeros como médicos) también afectaba la satisfacción de los pacientes.

En el 2006, en Japón, se realizó un estudio nacional para determinar la prevalencia del *burnout* y la morbilidad psiquiátrica entre los profesionales de la salud y los pacientes con cáncer terminal, además de explorar los factores de las relaciones entre ambos (Asai M. et. al., 2007). Se aplicó el *Inventario de Burnout de Maslach (MBI)* a 1436 oncólogos y el *General Health Questionnaire (GHQ-12)*; altos niveles de *burnout* y morbilidad psiquiátrica fueron identificados con ambos instrumentos. Estos datos fueron tomados para posterior tratamiento y aplicación de políticas de sanidad en Japón, pues es un país que reporta altos índices de suicidio por razones laborales.

Un estudio transaccional desarrollado en Polonia (Ksiazek et. al., 2011) demostró cómo las discrepancias entre la experiencia de las enfermeras oncológicas con las demandas y expectativas del estatus social de su profesión se chocaban con el ambiente de trabajo y sus bajos salarios, pues el estar durante horas prolongadas atendiendo a enfermos terminales y las demandas de sus parientes, ser parte del cuadro diario de lamentos por fallecimientos y el no recibir el reconocimiento debido por sus esfuerzos (el salario no compensaba el esfuerzo, además de no existir un reconocimiento social por su labor), les generaba frustración y depresión, además de la eventual aparición del síndrome del *burnout*, pues les costaba adaptarse a la situación presente en sus trabajos.

Se puede concluir, entonces, que a nivel mundial se desarrollan estudios para conocer las causas del *burnout* y “atacar” al mismo; pero, cabe recalcar que se observan más estudios de este tipo en los países desarrollados, con toda lógica pues sus industrias han establecido pautas que, a costa de mejorar producción (y en el caso del personal médico, atención) se ha mermado la salud del trabajador.

En Latinoamérica, también existen estudios sobre el *burnout* en personal médico y en casa de salud. Por ejemplo, en la Habana, en el año 2002 se realizó un estudio transversal acerca de estrés y *burnout* a 287 profesionales de la salud de un municipio específico de la ciudad: médicos y enfermeros de los niveles primero y segundo de atención, hombres y mujeres. La prevalencia de *burnout* fue ligeramente superior a 30 % y la de síntomas de estrés de 50 %. El *burnout* afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención (Román, 2003).

Así mismo, en Santiago de Chile, entre mayo y septiembre del 2002 se llevó a cabo un estudio con trabajadores de la salud de un hospital pediátrico de la región metropolitana, para establecer las variables epidemiológicas de riesgo del síndrome del *burnout* (Ordenes, 2004). El 69% de los evaluados tienen o están en riesgo de desarrollar el Síndrome de *burnout*; además de ser una patología altamente prevalente, la frecuencia de casos sintomáticos aumenta linealmente con las horas de trabajo semanal, llegando hasta un 83% entre los trabajadores con más de 60 horas a la semana. El más alto porcentaje se encuentra entre las enfermeras (81%).

En la ciudad de México D.F., se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal (abril a julio del 2003), en atención primaria: en total, se trabajó con 431 médicos (Dickinson-Bannack et. al., 2006). De los resultados se concluyó que de las dimensiones que componen el síndrome las más afectadas en cuanto a sexo, fueron el cansancio emocional en mujeres y la despersonalización en hombres. El tener que reducir los horarios de trabajo por atender a la familia también se identificó como factor de riesgo, y las dimensiones que más se afectaron fueron: logros personales y cansancio emocional. Las conclusiones: La frecuencia del *burnout* no presentó diferencias significativas entre hombres y mujeres, pero si hay una relación significativa con las características de rol de género que culturalmente se le ha asignado a la mujer.

Se realizó un estudio entre diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007 en varios países de habla hispana sobre el síndrome del *burnout* presente en 11.530 profesionales de la salud: 51% varones de edad media de 41.7 años (Grau et. al., 2007). Como resultado se obtuvo que la prevalencia del *burnout* en los profesionales residentes en Argentina fue de 14.4%, y del 7.9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el *burnout* predominaba en los

que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente).

En Latinoamérica el estudio del *burnout* es más reciente; sin embargo, se resalta el cuidado y atención que se está volcando sobre este síndrome. Importa que se tomen las acciones debidas, y que dichos estudios se repliquen, sobre todo en nuestro país.

En párrafos anteriores se comentó sobre un estudio realizado en varios países de habla hispana entre diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007, entre los que contaba Ecuador; en dicho estudio se obtuvo como resultado que en nuestro país el síndrome del *burnout* presentaba una prevalencia entre el 2,5% y 5,9% (Grau et. al., 2007).

En Quito, entre febrero y julio del 2006, se llevó a cabo una investigación para tesis doctoral, en tres hospitales públicos de la capital: en total participaron 108 médicos tratantes, de los hospitales Enrique Garcés (n=30), Pablo Arturo Suárez (n=32) y Eugenio Espejo (n=46). La prevalencia del síndrome de *burnout* fue 7.4% en las categorías de agotamiento emocional y despersonalización, siendo más frecuente en el género masculino y en los tratantes de las especialidades anestesiología, traumatología, cirugía vascular, endocrinología, emergencia y reumatología. El 14.7% de los médicos tuvieron niveles altos de agotamiento emocional, un 16.7% mostraron niveles altos de despersonalización y apenas un 2.7% evidenciaron una baja realización personal (Zumárraga et. al., 2008).

En la ciudad de Cuenca, entre enero a julio del 2011, se llevó a cabo una investigación para tesis en los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso con médicos internos y residentes. La prevalencia del Síndrome de *burnout* fue del 41.02% considerando que el nivel alto del síndrome se presentó en el 74,6% de todo el grupo (Brito et. al., 2012).

Asimismo, en Guayaquil se realizó una investigación para tesis doctoral en el área de emergencia del hospital Teodoro Maldonado del IESS en el 2006. Se trabajó con 36 médicos residentes que rotaban en el área de emergencia, y 60 pacientes. Se obtuvo como resultado que los traumatólogos eran los más afectados por este síndrome (69%; en cuanto a los pacientes, el 75% no recibieron la explicación adecuada para el entendimiento de su enfermedad y el 80% percibieron al médico como cansado, con sueño, irritable o con mal humor). Así se demostró que la existencia del síndrome está relacionado con la disminución de la calidad en la atención (Quevedo, 2006).

A nivel nacional, se están dando pasos para conocer las circunstancias en las cuáles se desarrolla este síndrome; de seguro observaremos frutos abundantes en los años venideros;

por lo pronto, con el desarrollo de las investigaciones universitarias de diversas índoles, se está aportando en la difusión del *burnout*.

1.6. Variables asociadas al *Burnout*

1.6.1. Variables Sociodemográficas en profesionales de la salud

Ya Gil-Monte y Peiró (1997) habían definido, gracias a los estudios realizados, las variables que se presentan como facilitadoras para la aparición del síndrome del *burnout*, como “aquéllas de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto”. Entre las variables sociodemográficas que la mayoría de las investigaciones han tomado en cuenta están: sexo, edad, estado civil (Gil-Monte y Peiró, 1997), nivel académico, y situación laboral de los profesionales de salud (Buendía y Ramos, 2001).

En cuanto al sexo y prevalencia del *burnout* existen una gran variedad de estudios a nivel internacional en personal de salud (estudios (Reeve, 1998; Weyman, 1996; Manzano, 2000); sus resultados condensan las afirmaciones que los varones presentan mayores niveles de despersonalización que las mujeres, sin embargo para los resultados de cansancio emocional y realización personal, los resultados no son concluyentes (Manzano, 2002). Para esta autora, la razón puede estar en que las mujeres y los varones no experimentamos el estrés (distrés) de la misma manera:

“Variaciones en la sensibilidad a lo largo del ciclo menstrual, el tipo de estresores que enfrentan, los distintos significados que atribuyen a un mismo problema, el modo en que afrontan las dificultades, así como una distinta visión de la vida en general, son algunos de los factores a los que puede deberse la diferencia” (Manzano, 2002).

Respecto a la edad, conocemos que un alto porcentaje de estudios (Rosenthal, Schmid y Black, 1989; Leatt y Schneck, 1980; Farber, 1984; Manzano, 2000) han obtenido evidencia empírica a favor de una relación negativa entre la edad de los sujetos y el grado de *burnout* por ellos experimentado.

Otra de las variables a tomar en cuenta es el estado civil. Los diferentes estudios realizados en diferentes lugares y colectivos han concluido que las personas que conviven con sus respectivas parejas tienden a presentar un menor grado de *burnout* que quienes no tienen pareja (Linn, Yager, Cope y Leake, 1986). Esto demuestra la importancia de la contención emocional que requerimos los seres humanos como recurso para afrontar las situaciones de

estrés negativo. Como indican Leiter (1990) y Manzano (2002), El poder exteriorizar emociones y sentimientos recibiendo el apoyo de la pareja, el poder analizar el problema junto a otra persona en la que se confía, tal vez permite aumentar el control sobre dicho problema.

Nivel académico y situación laboral, se encuentran en relación, puesto que en conjunto aparece y se desarrolla la madurez profesional, entendida en el sentido de implicar al sujeto en la actividad de detectar cuáles son las opciones adecuadas que le ofrece el mercado laboral de cara a un futuro próximo (Manzano, 2002). Es conocido de antemano por el personal de salud que la carga horaria y la demanda de la profesión es alta, esto definitivamente da un porcentaje de predisposición con miras a un posible desarrollo del síndrome de *burnout* en un futuro a mediano o largo plazo. Según Buendía y Ramos (2001), estas variables están inminentemente asociadas en la práctica laboral por la aparición del *conflicto y la ambigüedad del rol*. De hecho, diversos estudios hallaron que la presencia de altos niveles de conflicto se asocia al cansancio emocional y al desarrollo de conductas de despersonalización y, en general, de actitudes negativas hacia los clientes, aunque no en una disminución de la realización personal (Friesen y Sarros, 1986; Schwab et al., 1986).

1.6.2. Variables Laborales en profesionales de la salud

Hernández, Olmedo e Ibáñez (2003), describen una serie de variables que se presentan en el ambiente laboral: ellos exploraron la bibliografía existente y encontraron referencias de otros autores respecto a dichas variables como “desencadenantes” del síndrome de *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach, 2001; Olmedo et al., 2001). Puntualmente, tenemos que existen variables organizacionales que se asocian directamente al desempeño del puesto de trabajo (pacientes difíciles, relación entre oferta y demanda, conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol, etc.). En otras investigaciones, también se presentan estas variables como “presencia de estresantes crónicos a nivel laboral”: La sobrecarga de trabajo, clientes difíciles (y tener poco tiempo para cada uno), salario bajo, relaciones deterioradas entre miembros de un mismo equipo, y los horarios rotativos, es decir, cambios en los turnos de trabajo (Marrero, 2010).

Como consecuencia de la interacción de dichas variables, pueden presentarse conflictos con respecto al rendimiento laboral, como son: (absentismo, retrasos, deterioro de la calidad, deterioro de la cantidad, etc.).

Esta información es importante para evaluar las razones del porqué aparece más este síndrome entre las personas que atienden a personas.

1.6.3. Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud

Entre las variables de personalidad, con mayor estudios, que intervienen en el síndrome tenemos: neuroticismo, locus de control, patrón de conducta, estrategias de afrontamiento y falta de apoyo social (Ramos, 1999).

Chacón y Grau (2004), citan a diversos autores con respecto a dichas variables: “Entre las estructuras más complejas o patrones funcionales de la personalidad que más se han relacionado con la tendencia o la modulación del BO se hallan el patrón o tipo A, el locus de control, los estilos atribucionales y las variables que se refieren al sí mismo (autoconfianza, autoestima y autoeficacia)” (Cherniss, 1993; Haack, 1988; Wilson y Chiwakata, 1989).

Para aclarar y conocer, el patrón o tipo A de personalidad ha sido establecido, después de múltiples y variadas investigaciones, como una personalidad vulnerable a enfermedades coronarias y cardiovasculares, sobre todo, entre otros padecimientos (Friedman y Rosenman, 1974). El locus de control, en cambio, tiene relación con la creencia de que los eventos vitales y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones y acciones (locus interno) o por fuerzas externas, como otras personas, la suerte o el destino (locus externo) (Chacón y Grau, 2004).

Los estilos de atribución refieren a cómo direccionamos las causas del estrés, es decir, a qué situación, evento o persona atribuimos la causa del estrés; Haack (1988) en un estudio previo, halló que las enfermeras que atribuían la causa de su estrés a sus características personales experimentaban significativamente una mayor realización personal en el trabajo; cuando esta causa la ubicaban en el entorno, sólo padecían un mayor agotamiento emocional, pero si la imputaban a sus pacientes, experimentaban más agotamiento emocional y más despersonalización (Chacón y Grau, 2004). Finalmente, las variables de personalidad que se refieren a sí mismo (autoconfianza, autoestima y autoeficacia), van a modular el desarrollo del *burnout* en los profesionales de la salud:

“Mientras que la autoconfianza alude a la evaluación de las capacidades generales y la autoeficacia a la evaluación de capacidades específicas, la autoestima se refiere más bien a la valoración del aprecio propio. La distorsión de las primeras sólo afecta a la autoestima cuando se refieren a actividades con un alto valor para el individuo” (Chacón y Grau, 2004).

Como consecuencias también encontramos problemas interpersonales (deterioro de vida social y familiar), trastornos físicos (dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales,

taquicardias, etc.), que también juegan un papel importante en los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, agresividad, hostilidad, etc.) y conductuales. A esto, debemos de sumar, por el estilo de vida actual, el posible consumo de sustancias (Durán et al., 2001; Leiter y Maslach, 2000; Maslach, 2001; Olmedo et al., 2001; Ortega y López, 2004; Ramos, 1999; Schaufelli et al., 2001).

Desarrollar una teoría sobre el desarrollo del *burnout* sobre un tipo de personalidad no sería correcto, pues cada persona tiene cualidades únicas y diferentes entornos en los cuales se desarrollan; sin embargo, estos estudios relatados nos muestran pautas importantes para comprender este síndrome y tratar de mejorar las condiciones en las cuales se desarrollan los profesionales de la salud.

1.6.4. Variables Moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud

Estas variables, innegablemente relacionadas con la personalidad y su capacidad de responder adecuadamente ante situaciones estresantes, son: ambiente, afrontamiento y/o valoración cognitiva de la situación (Moreno et. al., 2005). Es decir, es de relevancia el *entorno* en donde se desenvuelve el profesional de la salud, las *estrategias* que pone en marcha para enfrentarse a la situación, y los *recursos* específicos que elige para afrontar dicha situación.

Para encuadrar estas variables, es factible conocer el concepto de afrontamiento según Morán (2008):

“Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación”.

Chacón y Grau (2004), investigadores sobre el *burnout* en enfermeros oncológicos en Cuba, tomaron como referencia a Gil-Monte (2001) para identificar las variables desencadenantes y también las moduladoras del estrés laboral que lleva al *burnout*, quien establece cuatro categorías: a) ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, b) estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, c) estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales y d) fuentes extra

organizacionales de estrés laboral. La primera categoría concuerda con la propuesta por Moreno et.al. (2005) expuesto en párrafos anteriores; las otras categorías, en cambio, se relacionan con los estilos de afrontamiento del individuo ante situaciones estresantes, además de los recursos a utilizar para afrontar (o empeorar) dicha situación.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1 General

Identificar el nivel del *burnout* en médicos/as y enfermeros/as y los factores relacionados con este fenómeno, en un hospital de la zona central del cantón Salitre de la provincia del Guayas, durante el primer trimestre del año 2017.

2.1.2. Específicos

- Identificar los aspectos sociodemográficos y laborales de los médicos y enfermeras de las instituciones investigadas.
- Determinar el malestar emocional, el nivel de despersonalización y baja realización personal de los médicos/as y enfermeros/as.
- Identificar el apoyo social derivado de la red social: familia, amigos, compañeros, pares, etc.
- Conocer los estilos de afrontamiento más utilizados por los médicos/as y enfermeros/as ante situaciones adversas.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud que posibilitan la aparición del *burnout*.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en el personal de salud que experimenta el *burnout*?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del *burnout* en los médicos y enfermeras que laboran en el hospital?
- ¿El apoyo social percibido puede actuar como un mecanismo protector?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* es la que presenta mayor nivel en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas?
- ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento que utilizan los médicos y enfermeras que experimentan *burnout*?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan *burnout* entre los profesionales de la salud?

2.3. Diseño de investigación

Para el presente estudio se empleó un diseño con características de tipo cuantitativa, ya que la información se obtuvo por medio de datos numéricos que posteriormente fueron codificados mediante procedimientos estadísticos (Hernández Sampieri et.al, 2010); así mismo, es no experimental, puesto que se realizó la observación sin manipulación de

variables o sin la asignación aleatoria de sujetos o condiciones (Kerlinger, 1979), y descriptivo al buscar la especificación de las propiedades de la muestra sometida a análisis (Hernández Sampieri et.al, 2010) tal como se observa en el síndrome de *burnout* en el personal de salud de referencia de este estudio; además, es una investigación de tipo exploratoria en cuanto el objetivo ha sido el analizar un determinado problema que a la fecha ha sido abordado muy poco o nada (Dankhe, 1989) , como es el caso del síndrome del *burnout* en el contexto ecuatoriano; y es transaccional debido a que recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández Sampieri et.al, 2010).

2.4. Contexto

La investigación se realizó en un hospital en el centro del cantón Salitre. Es un hospital básico que recientemente ha realizado ampliaciones en su infraestructura para poder abastecer a la población; así mismo, permitió que más médicos con diferentes tipos de especialidades trabajen allí. Ofrecen servicios generales como; medicina general, odontología, vacunación, laboratorio, y servicios especializados de ginecología, pediatría y dermatología; entre las especialidades que ahora ofertan se encuentran cardiología, gastroenterología, traumatología y ortopedia, y nefrología. Todos los profesionales de la salud que allí trabajan presentan una alta demanda de pacientes, por esto se ha optado por repartir turnos desde horas de la madrugada para poder atender a todos. Esto los convierte en profesionales vulnerables al desgaste laboral.

2.5. Muestra

La muestra objeto de estudio estuvo conformada por veinte médicos y veinte enfermeros/as en servicio activo de un hospital del cantón Salitre. La muestra fue de accesibilidad, puesto que se pudo tener contacto directo con los médicos y enfermeros/as; fue una muestra no probabilística, puesto que no se empleó un proceso de selección aleatoria; y accidental debido a que los profesionales de la salud se eligieron de manera casual, a disponibilidad en el hospital (Hernández Sampieri et.al, 2010).

Para la presente investigación, se tomó en cuenta el Tratado de Helsinki, particularmente en el apartado que describe el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, puesto que este estudio no representó peligro alguno para los participantes, además de garantizarles la estricta y absoluta confidencialidad de sus datos personales y de los obtenidos por medio de los instrumentos aplicados; dicho acuerdo se concretó y firmó por medio de un documento de consentimiento informado.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener al menos cinco años de experiencia laboral y firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Ser auxiliar de enfermería, o médico con menos de cinco años de experiencia laboral, no firmar el consentimiento informado.

2.6. Procedimientos e instrumentos de investigación

2.6.1. Procedimiento

El trabajo investigativo sobre el burnout en personal de salud dentro de un hospital del cantón Salitre, se llevó a cabo en base a la planificación y ejecución de diferentes etapas:

- Entrega por parte del coordinador de la carrera de la carta de petición para recolección de la información sobre el “*Burnout* en profesionales de la salud en el Ecuador”.
- Acercamiento a la dirección distrital de salud, en donde se explicó el fin del trabajo de investigación, y se entregó la carta de petición de la Universidad.
- Asignación por parte de la dirección distrital de un permiso especial para ingresar al hospital y dialogar con los/las médicos y enfermeros/as. Se les explicó el procedimiento, y se acordaron tres días para aplicar los instrumentos. A todos se les indicó que sin el consentimiento informado (en donde se garantizan todos sus derechos como participantes), no sería posible su colaboración en la investigación.
- Una vez aplicados los instrumentos de investigación, se procedió a completar una tabla de ingreso de datos, la cual sirvió para procesar los mismos por medio del SPSS-23, para establecer patrones y correlaciones.

Al final de procedimiento descrito, se obtuvieron los resultados particulares de la muestra.

2.6.2. Instrumentos

Los instrumentos elegidos y aplicados para recolectar la información de la presente investigación son:

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.

Ramírez (2016) indica que este cuestionario está enfocado en “obtener información sociodemográfica como género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, años de

experiencia profesional, ingreso mensual promedio, sector del trabajo, etc” y con opciones de respuesta corta a fin de facilitar la comprensión del cuestionario.

Cuestionario de MBI de Maslach, C. y Jackson, S.E. 1986; versión española de Seisdedos (1997).

Este cuestionario evalúa tres dimensiones del *burnout*: 1) agotamiento emocional, es decir la sensación de que se va perdiendo energía y motivación por el trabajo; 2) despersonalización, o demostrar poca empatía o importancia por los resultados o las personas o hechos que acontecen alrededor; y 3) realización personal en el trabajo, el no estar obteniendo los resultados profesionales esperados o que el puesto no cubre las expectativas del trabajador. El MBI consta de 22 ítems distribuidos en: 9 ítems para el agotamiento emocional (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), 5 ítems para despersonalización (5, 10, 11, 15 y 22), y 8 ítems para realización personal en el trabajo (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21).

Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Lobo et al. (1981).

Es un instrumento con aplicación auto-administrada, cuyo objetivo es evaluar la salud en general de las personas, además de detectar trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos. Está compuesto por 28 ítems que menoscaban la presencia de: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. Los puntos de corte de 5-6 indican la existencia de un probable caso con sensibilidad de 84.6% y especificidad de 82%, con un valor de alfa de Cronbach de 0.89.

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2005).

Esta escala presenta diferentes estrategias de afrontamiento descritas en 28 ítems, y la persona que desarrolla dicha escala debe escoger entre las estrategias que más se apeguen a su realidad (manera de afrontar diferentes situaciones de la vida diaria): autodistracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, apoyo emocional, apoyo instrumental, abandono de resolución o renuncia, descarga emocional, reformulación positiva, planeamiento o planificación, humor, aceptación, religión y autocrítica; esto determina si la persona lleva a cabo un tipo de afrontamiento activo o pasivo.

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

Cuestionario desarrollado para evaluar el nivel de apoyo social percibido por las personas. Consta de 20 ítems cada uno con opción de respuesta tipo Likert desde el 1 (nunca) hasta el 5 (siempre). Identifica cuatro niveles de apoyo social percibido: 1) apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), 2) apoyo instrumental (2, 5, 12 y 15), 3) interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18), y 4) apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20).

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

De aplicación individual o colectiva, este cuestionario evalúa tres dimensiones básicas de la personalidad: Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo; además de incluir una escala complementaria de Disimulo que permite observar el nivel de deseabilidad social del individuo. Está conformado por 24 ítems, con formatos de respuesta de SI/NO. Las puntuaciones son de 0 a 6, en donde la mayor puntuación señalará la presencia de un rasgo.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

En este capítulo se analizan los datos recolectados mediante los distintos instrumentos aplicados para esta investigación con el objetivo de interpretar las relaciones generadas entre las variables estudiadas en la población seleccionada.

Variables Sociodemográficas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

| VARIABLES | Médicos/as | | Enfermeros/as | |
|-------------------------------------|------------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % |
| Sexo | | | | |
| Hombre | 11.0 | 55.0 | 3.0 | 15.0 |
| Mujer | 9.0 | 45.0 | 17.0 | 85.0 |
| Total. de profesionales de la salud | 20.0 | 50.0 | 20.0 | 50.0 |
| Edad | | | | |
| M | 42.8 | | 39.7 | |
| DT | 6.8 | | 7.5 | |
| Max | 58.0 | | 54.0 | |
| Min | 30.0 | | 28.0 | |
| Número de hijos/as | | | | |
| M | 1.9 | | 1.5 | |
| DT | 1.2 | | 1.5 | |
| Max | 4.0 | | 4.0 | |
| Min | 0.0 | | 0.0 | |
| Etnia | | | | |
| Mestizo/a | 9.0 | 45.0 | 14.0 | 70.0 |
| Blanco/a | 10.0 | 50.0 | 3.0 | 15.0 |
| Afroecuatoriano/a | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Indígena | 1.0 | 5.0 | 3.0 | 15.0 |
| Estado civil | | | | |
| Soltero/a | 3.0 | 15.0 | 8.0 | 40.0 |
| Casado/a | 14.0 | 70.0 | 7.0 | 35.0 |
| Viudo/a | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 5.0 |
| Divorciado/a | 3.0 | 15.0 | 3.0 | 15.0 |
| Unión libre | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 5.0 |

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: La autora

En cuanto al personal médico, la participación masculina fue mayoritaria con el 55%, mientras que la participación femenina fue del 45%; en los profesionales de enfermería la participación femenina fue del 85% y de los hombres fue del 15%.

La edad promedio de los médicos es de 42.8, mientras que los/las enfermeros/as es de 39.7. En cuanto al número de hijos, el promedio para el personal médico fue de 1.9, mientras que para los enfermeros/as fue de 1.5. La etnia que prevalece en el personal médico es la blanca con el 50%, mientras que entre los/las enfermeros/as fue el mestizo/a con el 70%. En estado civil encontramos que el 70% de los médicos son casados, mientras que el 40% de los/las enfermeros/as son solteros –apenas el 35% de los/las enfermeros/as son casados, creando una ligera diferencia en esta muestra.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

| VARIABLES | Médicos/as | | Enfermeros/as | |
|----------------------------------|------------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % |
| Ingresos mensuales | | | | |
| 0 a 1000 | 0.0 | 0.0 | 19.0 | 95.0 |
| 1001 a 2000 | 14.0 | 70.0 | 1.0 | 5.0 |
| 2001 a 3000 | 6.0 | 30.0 | 0.0 | 0.0 |
| 3001 a 4000 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 4001 a 5000 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 5001 a 6000 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Experiencia profesional | | | | |
| M | 14.7 | | 13.5 | |
| DT | 3.5 | | 5.6 | |
| Max | 20.0 | | 25.0 | |
| Min | 5.0 | | 5.0 | |
| Sector en el que trabaja | | | | |
| Público | 6.0 | 30.0 | 19.0 | 95.0 |
| Privado | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Ambos | 14.0 | 70.0 | 1.0 | 5.0 |
| Tipo de contrato | | | | |
| Eventual | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Ocasional | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Plazo fijo | 11.0 | 55.0 | 17.0 | 85.0 |
| Nombramiento | 9.0 | 45.0 | 3.0 | 15.0 |
| Servicios profesionales | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Ninguno | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Horas diarias de atención | | | | |
| M | 10.1 | | 15.8 | |
| DT | 2.0 | | 6.2 | |
| Max | 12.0 | | 24.0 | |
| Min | 8.0 | | 8.0 | |
| Nº de pacientes/día | | | | |
| M | 30.1 | | 44.0 | |
| DT | 12.4 | | 6.0 | |
| Max | 50.0 | | 50.0 | |
| Min | 15.0 | | 30.0 | |
| Recursos Institucionales | | | | |
| Totalmente | 7.0 | 35.0 | 2.0 | 10.0 |
| Medianamente | 12.0 | 60.0 | 15.0 | 75.0 |
| Poco | 1.0 | 5.0 | 2.0 | 10.0 |
| Nada | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 5.0 |
| Turnos | | | | |
| Si | 12.0 | 60.0 | 19.0 | 95.0 |
| No | 8.0 | 40.0 | 1.0 | 5.0 |

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: La autora

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud, encontramos que el 70% del personal médico percibe un sueldo entre 1001 a 2000 dólares, mientras que el 30% restante percibe un ingreso de entre 2001 a 3000 dólares, con respecto a los/las enfermeros/as, el 95% percibe un sueldo mensual entre 0 a 1000 dólares.

En Experiencia profesional, se observa que el promedio para los médicos es del 14.7 años y de los enfermeros/as es de 13.5 años. En cuanto a la prevalencia del sector en el que trabajan, el 70% de los médicos trabajan tanto en el sector público como en el privado,

mientras que el 95% de los/las enfermeros/as mayoritariamente trabajan en el sector público. Así mismo, se observa mayor adherencia al contrato de plazo fijo tanto para médicos como para enfermeros/as, contando con un porcentaje del 55% y 85% respectivamente.

El promedio de horas diarias de atención a pacientes fue del 10.1 para médicos, y 15.8 para enfermeros/as. En cambio, el promedio de pacientes al día fue de 30.1 para médicos y 44 para enfermeros/as. En lo que respecta a los recursos institucionales recibidos para su labor, la percepción tanto de médicos como de enfermeros/as fue que medianamente la institución les provee de los mismos, con un porcentaje de 60% y 75% respectivamente. En cuanto al trabajo en turnos, lo realiza el 60% de los médicos y el 95% de los/las enfermeros/as.

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

| | | Profesión | | | |
|---|-------------------|-----------|--------------|-------------|--------------|
| | | Médico/a | | Enfermero/a | |
| | | N | % de columna | N | % de columna |
| ¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Bastante | 5 | 25.0% | 7 | 35.0% |
| | Totalmente | 15 | 75.0% | 13 | 65.0% |
| ¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Bastante | 6 | 30.0% | 8 | 40.0% |
| | Totalmente | 14 | 70.0% | 12 | 60.0% |
| ¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 0 | 0.0% | 4 | 20.0% |
| | Bastante | 8 | 40.0% | 8 | 40.0% |
| | Totalmente | 12 | 60.0% | 8 | 40.0% |
| ¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 4 | 20.0% | 7 | 35.0% |
| | Bastante | 10 | 50.0% | 8 | 40.0% |
| | Totalmente | 6 | 30.0% | 5 | 25.0% |
| ¿Está satisfecho con el trabajo que realiza? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 1 | 5.0% | 1 | 5.0% |
| | Bastante | 6 | 30.0% | 10 | 50.0% |
| | Totalmente | 13 | 65.0% | 9 | 45.0% |
| ¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 0 | 0.0% | 3 | 15.0% |
| | Bastante | 5 | 25.0% | 8 | 40.0% |
| | Totalmente | 15 | 75.0% | 9 | 45.0% |
| ¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 6 | 30.0% | 9 | 45.0% |
| | Bastante | 7 | 35.0% | 9 | 45.0% |
| | Totalmente | 7 | 35.0% | 2 | 10.0% |
| | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

| | | | | | |
|--|------------|----|-------|----|-------|
| ¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo? | Poco | 4 | 20.0% | 9 | 45.0% |
| | Bastante | 6 | 30.0% | 5 | 25.0% |
| | Totalmente | 10 | 50.0% | 6 | 30.0% |
| ¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 1 | 5.0% | 2 | 10.0% |
| | Bastante | 8 | 40.0% | 9 | 45.0% |
| | Totalmente | 11 | 55.0% | 9 | 45.0% |
| ¿Está satisfecho con su situación económica? | Nada | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | Poco | 0 | 0.0% | 12 | 60.0% |
| | Bastante | 10 | 50.0% | 5 | 25.0% |
| | Totalmente | 10 | 50.0% | 3 | 15.0% |

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC
Elaborado por: La autora

El personal médico indicó que un 75% se siente totalmente valorado por sus pacientes, un 70% se siente totalmente valorado por los familiares de los pacientes, así mismo un 60% se siente valorado por sus compañeros de profesión, y la mitad, es decir un 50% se siente bastante valorado por los directivos de la institución. En cuanto a la satisfacción como valoración, los médicos señalaron que un 65% se siente totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, un 75% está totalmente satisfecho con la interacción que mantiene con sus pacientes, un 35% está bastante satisfecho con el apoyo brindado por los directivos de la institución y otro 35% está totalmente satisfecho, un 50% está totalmente satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional y, un 50% está bastante satisfecho con su situación económica mientras que el otro 50% está totalmente satisfecho con su situación económica.

Por otro lado, los profesionales en enfermería respondieron que el 65% se sentía totalmente valorado por sus pacientes, un 60% se sentía totalmente valorado por los familiares de los pacientes, un 40% se sentía bastante valorado por los compañeros de profesión mientras que otro 40% se sentía totalmente valorado, y un 40% se sentía valorado por los directivos del hospital. En cuanto a la satisfacción como valoración, los/las enfermeros/as señalaron que la mitad (50%) de ellos se encuentra bastante satisfecho con el trabajo realizado, un 45% se encuentra totalmente satisfecho con la interacción que mantiene con sus pacientes, un 45% se encuentra poco satisfecho con el apoyo brindado por los directivos de la institución en contraparte con otro 45% que está bastante satisfecho con esto, un 45% está poco satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo, así mismo un 45% está bastante satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional mientras que otro 45% está totalmente satisfecho con esto, y finalmente, un 60% está poco satisfecho con su situación económica actual.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

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 | 7 | 35.0% | 0 | 0.0% |
| | Medio | 3 | 15.0% | 7 | 35.0% |
| | Alto | 10 | 50.0% | 13 | 65.0% |
| Despersonalización | Bajo | 9 | 45.0% | 11 | 55.0% |
| | Medio | 10 | 50.0% | 4 | 20.0% |
| | Alto | 1 | 5.0% | 5 | 25.0% |
| Realización personal | Bajo | 10 | 50.0% | 8 | 40.0% |
| | Medio | 7 | 35.0% | 5 | 25.0% |
| | Alto | 3 | 15.0% | 7 | 35.0% |

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

Elaborado por: La autora

El 50% de los médicos y el 65% de los/las enfermeros/as presentan un nivel de agotamiento emocional alto; mientras que sólo el 5% de los médicos y el 25% de los/las enfermeros/as experimenta un nivel de despersonalización alto por el trabajo; en cuanto a realización personal, el 50% de los médicos y el 40% de los/las enfermeros/as presentó un nivel bajo en esta categoría.

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 |
| <i>Burnout</i> | No presencia | 20 | 100.0% | 19 | 95.0% |
| | Presencia | 0 | 0.0% | 1 | 5.0% |

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson. 1986)

Elaborado por: La autora

Solo existe un caso de *burnout* y es entre los profesionales de enfermería, representando el 5% de la muestra de este grupo. En el personal médico no se reporta ningún caso.

Cuestionario De Salud General (GHQ-28)

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

| | | Profesión | | | |
|---------------------------|---------|-----------|--------------|-------------|--------------|
| | | Médico/a | | Enfermero/a | |
| | | N | % de columna | N | % de columna |
| <u>Síntomas somáticos</u> | No caso | 11 | 55.0% | 7 | 35.0% |
| | Caso | 9 | 45.0% | 13 | 65.0% |
| <u>Ansiedad</u> | No caso | 12 | 60.0% | 7 | 35.0% |
| | Caso | 8 | 40.0% | 13 | 65.0% |
| Disfunción social | No caso | 20 | 100.0% | 19 | 95.0% |
| | Caso | 0 | 0.0% | 1 | 5.0% |
| Depresión | No caso | 20 | 100.0% | 20 | 100.0% |
| | Caso | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

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

El malestar emocional de los profesionales de la salud se manifiesta predominantemente como: a) síntomas somáticos con un 45% en médicos y un 65% en enfermeros/as, b) ansiedad con un 40% de casos en médicos y nuevamente un 65% en enfermero/as, c) en cuanto a la disfunción social, tan sólo un caso presenta este malestar, es decir el 5% en el personal de enfermería. La depresión no está presente en médicos ni enfermeros/as.

Cuestionario De Afrontamiento (BRIEF-COPE)

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 | 2.9 | 1.6 | 6.0 | .0 | 2.7 | 1.5 | 5.0 | .0 |
| Afrontamiento activo | 3.5 | 1.7 | 6.0 | .0 | 3.5 | 1.5 | 6.0 | .0 |
| Negación | .4 | .9 | 3.0 | .0 | .8 | 1.0 | 3.0 | .0 |
| Uso de sustancias | .1 | .2 | 1.0 | .0 | .3 | .7 | 2.0 | .0 |
| Apoyo emocional | 2.5 | 1.8 | 5.0 | .0 | 2.9 | 1.7 | 6.0 | .0 |
| Apoyo instrumental | 2.8 | 1.6 | 5.0 | .0 | 2.8 | 1.6 | 5.0 | .0 |
| Retirada de comportamiento | .5 | .8 | 3.0 | .0 | .8 | 1.2 | 4.0 | .0 |
| Desahogo | 2.1 | 1.5 | 5.0 | .0 | 2.8 | 2.2 | 6.0 | .0 |
| Replanteamiento positivo | 4.3 | 1.3 | 6.0 | 2.0 | 3.0 | 1.8 | 6.0 | .0 |
| Planificación | 4.2 | 1.2 | 6.0 | 2.0 | 3.3 | 1.4 | 6.0 | .0 |

| | | | | | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| Humor | .7 | .9 | 3.0 | .0 | .1 | .3 | 1.0 | .0 |
| Aceptación | 4.1 | .9 | 6.0 | 3.0 | 2.7 | 1.6 | 6.0 | .0 |
| Religión | 3.5 | 2.0 | 6.0 | .0 | 3.5 | 2.1 | 6.0 | .0 |
| Culpa de si mismo | 1.0 | 1.3 | 4.0 | .0 | 1.7 | 1.6 | 5.0 | .0 |

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

Elaborado por: La autora

Entre las estrategias de afrontamiento que poseen una media más alta en el personal médico están el replanteamiento positivo (4.3), la planificación (4.2), la aceptación (4.1), el afrontamiento activo (3.5) y la religión (3.5); mientras que en los/las enfermeros/as la media que prevalece es el afrontamiento activo (3.5), religión (3.5), planificación (3.3) y replanteamiento positivo (3.0).

Cuestionario De Apoyo Social (AP)

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 | 85.8 | 16.9 | 100.0 | 42.5 | 78.6 | 21.9 | 100.0 | 40.0 |
| Apoyo instrumental | 92.0 | 12.3 | 100.0 | 60.0 | 88.3 | 12.9 | 100.0 | 60.0 |
| Relaciones sociales | 90.8 | 13.1 | 100.0 | 60.0 | 83.5 | 17.3 | 100.0 | 55.0 |
| Amor y cariño | 94.0 | 11.4 | 100.0 | 60.0 | 87.7 | 13.9 | 100.0 | 60.0 |

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).

Elaborado por: La autora

La media más alta para los médicos fue el apartado Amor y cariño con 94.0, mientras que los/las enfermeros/as obtuvieron en el mismo una media de 87.7; para los médicos le sigue el Apoyo instrumental con 92.0, y los/las enfermeras obtuvieron 88.3; ambos grupos eligieron como la tercera percepción a las Relaciones sociales, siendo para los médicos de 90.8 y los/las enfermeros/as de 83.5; finalmente el apoyo emocional para los médicos fue de 85.8 la media, mientras que para los profesionales en enfermería fue de 78.6.

Cuestionario De Personalidad (EPQR-A)

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

| | Profesión | | | | | | | |
|--------------|-----------|-----|------|------|-------------|-----|------|------|
| | Médico/a | | | | Enfermero/a | | | |
| | M | DT. | Máx. | Mín. | M | DT. | Máx. | Mín. |
| Neuroticismo | .5 | .7 | 2.0 | .0 | 1.5 | 1.6 | 4.0 | .0 |
| Extroversión | 5.3 | 1.1 | 6.0 | 3.0 | 4.5 | 1.9 | 6.0 | 1.0 |
| Psicoticismo | 1.4 | 1.3 | 4.0 | .0 | 1.1 | .9 | 3.0 | .0 |

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

Tanto para médicos como enfermeros/as el rasgo de personalidad con la media más alta fue el de Extroversión puntuando 5.3 para médicos y 4.5 para enfermeros/as; a continuación le sigue el Psicoticismo a los médicos con 1.4, mientras que los/las enfermeras puntuaron 1.1 en este rasgo; finalmente en Neuroticismo los médicos puntuaron 0.5 mientras que un puntaje más elevado obtuvieron los/las enfermeros/as con 1.5.

Correlaciones entre horas de trabajo y las dimensiones del *Burnout*

Tabla 10. Correlaciones entre horas de trabajo y las dimensiones del *burnout*.

| | Horas de trabajo | | |
|-----------------------|------------------|----------|----|
| | <i>r</i> | <i>p</i> | n |
| Burnout | .479** | .002 | 40 |
| Agotamiento emocional | .427** | .006 | 40 |
| Despersonalización | .571** | .000 | 40 |
| Realización personal | -.397* | .011 | 40 |

*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Elaborado por: La autora

Existe una correlación muy significativa entre horas de trabajo y síndrome de *burnout*, es decir que mientras más sean las horas de trabajo que cumpla un profesional de la salud mayor será la posibilidad de presencia del síndrome de *burnout*. En base a la relación entre horas de trabajo y agotamiento emocional existe una correlación muy significativa entre estas variables, por consiguiente, mientras más horas de trabajo tengan los profesionales de

la salud, mayor será el agotamiento emocional. Por otro lado, en la relación entre horas de trabajo y despersonalización existe una correlación muy significativa entre estas variables, por ende, mientras más horas de trabajo cumplan los encuestados, mayor será la despersonalización. Finalmente, la relación entre horas de trabajo y realización personal existe una correlación significativa entre estas variables, por lo tanto, mientras más horas de trabajo tengan los profesionales, menor será su realización personal.

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos con la aplicación de los diferentes instrumentos a los 20 médicos/as y 20 enfermeros/as, y tomando a consideración el objetivo general, se identificó un solo caso de *burnout* que está presente en una persona del grupo de enfermeros/as.

Según el primer objetivo específico planteado para la presente investigación, podemos identificar los datos sociodemográficos y laborales relevantes como el conocer que en cuanto al personal médico se contó con la participación mayoritaria de hombres (55%), contrastando con el personal de enfermería quienes eran mayoritariamente mujeres (85%). Entre las variables sociodemográficas que la mayoría de las investigaciones han tomado en cuenta está el sexo (Gil-Monte y Peiró, 1997); existen una gran variedad de estudios a nivel internacional en personal de salud (Reeve, 1998; Weyman, 1996).

Respecto a la edad promedio, en los médicos es de 42.8, mientras que los/las enfermeros/as es de 39.7; es decir, es una muestra de personas relativamente jóvenes. Estudios realizados sobre esta variable indican que un alto porcentaje de los mismos (Rosenthal, Schmid y Black, 1989; Leatt y Schneck, 1980; Farber, 1984; Manzano, 2000) han obtenido evidencia empírica a favor de una relación negativa entre la edad de los sujetos y el grado de *burnout* por ellos experimentado.

En cuanto al número de hijos, el promedio para el personal médico fue de 1.9, mientras que para los enfermeros/as fue de 1.5; es un promedio relativamente bajo con respecto a la media nacional que es de 3.4 hijos por hogar (INEC, 2010a). Encontramos una ligera diferencia en la etnia, pues entre el personal médico la etnia que prevalece es la blanca con el 50%, mientras que entre los/las enfermeros/as un 70% se definió como mestizo/a; esta última es con la cual se identifican la mayoría de los ecuatorianos (INEC, 2010b).

En la variable estado civil encontramos que el 70% de los médicos son casados, mientras que el 40% de los/las enfermeros/as son solteros –apenas el 35% de los/las enfermeros/as son casados, creando una ligera diferencia en esta muestra. Los diferentes estudios realizados en diferentes lugares y colectivos han concluido que las personas que conviven con sus respectivas parejas tienden a presentar un menor grado de *burnout* que quienes no la tienen (Linn et al., 1986).

Entre las variables sociodemográficas que la mayoría de las investigaciones han tomado en cuenta están: sexo, edad, estado civil (Gil-Monte y Peiró, 1997), nivel académico, y situación laboral de los profesionales de salud (Buendía y Ramos, 2001). Tanto médicos como enfermeras constan entre las profesiones de la población activa a nivel nacional (INEC, 2012) Sobre estas últimas variables, se observa que el 70% percibe un sueldo entre 1001 a 2000 dólares, hay un 30% que recibe más que esto, es decir, entre 2001 a 3000 dólares;

con respecto a los/las enfermeros/as, casi toda la muestra percibe un sueldo mensual entre 0 a 1000 dólares, es decir el 95%, mientras que el 5% recibe un sueldo entre 1001 a 2000 dólares mensualmente, siendo superior al ingreso promedio de la población nacional ocupada (INEC, 2012). En otras investigaciones, también se presentan esta variable como “presencia de estresantes crónicos a nivel laboral”: la percepción de un salario bajo, entre otras variables (Marrero, 2010).

En experiencia profesional, se observa que el promedio para los médicos es del 14.7 años y de los enfermeros/as es del 13.5 años, lo que demuestra que es una muestra representativa de antigüedad en el hospital. En cuanto a la prevalencia del sector en el que trabajan, el 70% de los médicos trabajan tanto en el sector público como en el privado, mientras que los/las enfermeros/as mayoritariamente trabajan en el sector público, es decir, el 95% de ellos, contando con tan sólo un 5% que trabaja en ambos sectores. Así mismo, se observa mayor adherencia al contrato de plazo fijo tanto para médicos como para enfermeros/as, contando con un porcentaje del 55% y 85% respectivamente (INEC, 2012)

El promedio de horas diarias de atención a pacientes fue del 10.1 para médicos, y 15.8 para enfermeros/as. En cuanto al número de pacientes que atienden diariamente, los médicos reciben en promedio a un 30.1 con una atención mínima de 15 pacientes y máxima de 50 pacientes; los/las enfermeros/as en cambio, atienden en promedio a 44, con una atención mínima de 30 pacientes y máxima de 50 pacientes. Estos resultados son superiores a la carga global de trabaja semanal tanto a nivel nacional como en el área urbana, es decir, 77.03 horas semanales para mujeres y 61.56 para hombres (INEC, 2007). En cuanto al trabajo en turnos, lo realiza el 60% de los médicos y el 95% de los/las enfermeros/as. Según Buendía y Ramos (2001), la carga horaria y la demanda están inminentemente asociadas en la práctica laboral por la aparición del *conflicto y la ambigüedad del rol*. De hecho, diversos estudios hallaron que la presencia de altos niveles de conflicto se asocia al cansancio emocional y al desarrollo de conductas de despersonalización y, en general, de actitudes negativas hacia los clientes, aunque no en una disminución de la realización personal (Friesen y Sarros, 1986; Schwab et al., 1986). Es por esta causa que en investigaciones posteriores a nivel Latinoamérica, se ha encontrado que la frecuencia de casos sintomáticos en trabajadores de la salud aumenta linealmente con las horas de trabajo semanal, llegando a presentarse *burnout* hasta en un 3% entre los trabajadores con más de 60 horas a la semana, cuyo porcentaje más alto ha sido encontrado entre el personal de enfermería con el 81% (Ordenes, 2004).

En lo que respecta a los recursos institucionales recibidos para su labor, la percepción tanto de médicos como de enfermeros/as fue que medianamente la institución les provee de los mismos, con un porcentaje de 60 y 75% respectivamente.

En cuanto a la percepción del clima laboral, el personal médico que se siente totalmente valorado por sus pacientes es un 75% frente a los/las enfermeros/as con un 65%, un 70% de médicos vs un 60% de enfermeros/as se siente totalmente valorado por los familiares de los pacientes, así mismo, un 60% de médicos y un 40% de enfermeros/as se siente valorado por sus compañeros de profesión, y un 50% de médicos y un 40% de enfermeros/as se siente bastante valorado por los directivos de la institución.

Bajo esta misma variable, se obtuvo que un 65% de médicos vs un 50% de enfermeros/as está satisfecho con el trabajo que realizan, un 75% de médicos vs un 45% de enfermeros/as se encuentra totalmente satisfecho con la interacción que mantiene con sus pacientes, un 35% de médicos está bastante satisfecho con el apoyo brindado por los directivos de la institución mientras que un 45% de enfermeros/as está poco satisfecho, un 50% de médicos vs a un 45% de enfermeros/as está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional, y mientras que un 50% de médicos está satisfecho con su situación económica entre los/las enfermeros un 60% está poco satisfecho con su situación económica actual. Es oportuno señalar que en la calificación en general, los porcentajes de los/las enfermeros/as muestran menor nivel de apoyo percibido y satisfacción por los resultados obtenidos en general siendo estos aspectos señalados en otros estudios a nivel Iberoamérica y España como “desencadenantes” del síndrome de *burnout* (Gil-Monte y Peiró, 1997c; Maslach, 2001; Olmedo et al., 2001; Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2003); es decir, se presentan al igual que otras investigaciones (Marrero, 2010) como “estresantes crónicos a nivel laboral” como son el salario bajo, tener clientes difíciles y poco tiempo para atenderlos, relaciones de deterioro entre miembros de un mismo equipo, entre otros.

En el caso puntual de los resultados obtenidos de los/las enfermeros/as, el sentirse poco satisfecho con el ambiente laboral, la situación económica y el no recibir el reconocimiento debido por sus esfuerzos, se puede identificar con facilidad como características prevalentes de una eventual aparición del síndrome de *burnout* como lo han señalado otros estudios internacionales (Ksiazek et. al., 2011).

El segundo objetivo a trabajar en esta investigación fue el determinar el malestar emocional, el nivel de despersonalización y baja realización personal entre el personal de salud del hospital del cantón Salitre, además de conocer su estado de salud mental en general; para esto se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) cuyos resultados arrojaron que: el 50% de

los médicos vs el 65% de los/las enfermeros/as presentan un nivel de agotamiento emocional alto; mientras que sólo el 5% de los médicos vs el 25% de los/las enfermeros/as experimenta un nivel de despersonalización alto por el trabajo; en cuanto a realización personal, el 50% de los médicos vs el 40% de los/las enfermeros/as presentó un nivel bajo en esta categoría. Una vez más se observa que entre el personal de enfermería se presentan características que los acerca a padecer el síndrome de *burnout*; de hecho, el caso de *burnout* presente resultó del grupo de enfermeros/as con el 5% de la muestra. Esto se puede contrastar con otras investigaciones (Haack, 1988) cuyos resultados reflejaron que las enfermeras que atribuían la causa de su estrés a sus características personales experimentaban significativamente una mayor realización personal en el trabajo; cuando esta causa la ubicaban en el entorno, sólo padecían un mayor agotamiento emocional, pero si la imputaban a sus pacientes, experimentaban más agotamiento emocional y más despersonalización, siendo entre el personal médico una mayor puntuación en la realización personal (Chacón y Grau, 2004).

Adicional a esto, se utilizó el Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979) adaptado a la versión española de Lobo et al. (1981), del cual se obtuvo que: el malestar emocional de los profesionales de la salud se manifiesta predominantemente como: a) síntomas somáticos con un 45% en médicos y un 65% en enfermeros/as, b) ansiedad con un 40% de casos en médicos y nuevamente un 65% en enfermero/as, c) en cuanto a la disfunción social, tan sólo un caso presenta este malestar, es decir el 5% en el personal de enfermería. La depresión no está presente en médicos ni enfermeros/as. Nuevamente, el personal de enfermería es quien puntúa más alto en el malestar emocional en general. Múltiples y variadas investigaciones han asociado el malestar emocional y el tipo A de personalidad entre el personal de salud, como una personalidad proclive a enfermedades coronarias y cardiovasculares (Friedman y Rosenman, 1974), se enuncia esto, pues la aparición de síntomas somáticos y la experimentación de ansiedad conlleva al deterioro de la salud. Así mismo, existen investigaciones que demuestran la aparición simultánea de trastornos físicos (dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, taquicardias, etc.), que también juegan un papel importante en los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, agresividad, hostilidad, etc.) y conductuales (Durán et al., 2001; Leiter y Maslach, 2000; Maslach, 2001; Olmedo et al., 2001; Ortega y López, 2004; Ramos, 1999; Schaufelli et al., 2001), deteriorando la salud del personal que atiende a otros seres humanos.

Otro objetivo de la presente investigación es el reconocer los estilos de afrontamiento que usan los médicos y enfermeros/as ante situaciones adversas dentro del ámbito laboral como

fuera de éste. Para esto se utilizó la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), de la versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). Se obtuvo como resultado que médicos utilizan el replanteamiento positivo (4.3), la planificación (4.2), la aceptación (4.1), el afrontamiento activo (3.5) y la religión (3.5) como las estrategias predilectas a la hora de afrontar los eventos; mientras que en los/las enfermeros/as la media prevalece en afrontamiento activo (3.5), religión (3.5), planificación (3.3) y replanteamiento positivo (3.0). Es decir, utilizan estrategias de afrontamiento similares tanto médicos como enfermeros/as. Ya que el afrontamiento representa las actividades que las personas ponen en marcha, tanto de tipo cognitivo como conductual, para enfrentarse a determinadas situaciones de la vida (Morán, 2008), son válidos los estilos de afrontamiento utilizados por los sujetos de estudio; se pone a consideración, pues otros estudios sobre *burnout* y mecanismos de afrontamiento ante el estrés categorizaron así mismo que estos últimos sirven para mejorar o empeorar dicha situación (Chacón y Grau, 2004); así mismo se ha señalado el ambiente, afrontamiento y/o valoración cognitiva de la situación como categorías importantes elegidas por personal de la salud (Moreno et.al., 2005).

También dentro de los objetivos planteados se encuentra el identificar el apoyo social derivado de la familia, amigos, compañeros, pares, etc. Para esto se usó el Cuestionario MOS de apoyo social (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005), cuyos resultados reflejaron que para los médicos lo principal es el amor y cariño con 94%, mientras que los/las enfermeros/as obtuvieron 87.7% para estas variables; para los médicos le sigue el apoyo instrumental con 92%, y los/las enfermeras obtuvieron 88.3%; ambos grupos eligieron como la tercera percepción a las relaciones sociales, siendo para los médicos de 90.8% y los/las enfermeros/as de 83.5%; finalmente el apoyo emocional para los médicos fue de 85.8%, mientras que para los profesionales en enfermería fue de 78.6%. Estudios realizados en México D.F. concluyeron que el tener que reducir los horarios de trabajo por atender a la familia representa dos caras de una misma moneda: por un lado, el apoyo familiar se fortalece, por otro, se identificó como factor de riesgo al afectar los logros personales y laborales y el cansancio emocional (Dickinson-Bannack et. al., 2006). Sin embargo, en la presente investigación, para la población evaluada fue importante el apoyo emocional recibido por la familia, puntuando favorablemente. El apoyo social percibido es importante para la contención de este personal; así lo demuestra una investigación realizada en Estados Unidos, cuyos resultados señalaron que las unidades caracterizadas por tener un adecuado *staff* con una administración eficiente y que apoya al equipo de enfermeros, que mantienen

buenas relaciones con los doctores y enfermeros, son las que reportaron mayores niveles de satisfacción entre el personal y los pacientes (Vahey et. al. 2004)

El último objetivo planteado nos sirvió para identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud que posibilitan la aparición del *burnout*. Se usó el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999) para este fin. Los resultados arrojados por este cuestionario mostraron que tanto para médicos como enfermeros/as el rasgo de personalidad con la media más alta fue el de extroversión puntuando 5.3 para médicos y 4.5 para enfermeros/as; a continuación le sigue el psicoticismo a los médicos con 1.4, mientras que los/las enfermeras puntuaron 1.1 en este rasgo; finalmente en neuroticismo los médicos puntuaron 0.5 mientras que un puntaje más elevado obtuvieron los/las enfermeros/as con 1.5. Existen estudios previos sobre variables de personalidad que señalan al neuroticismo, locus de control, patrón de conducta, estrategias de afrontamiento y falta de apoyo social (Ramos, 1999) como rasgos específicos. Así mismo, investigaciones sobre el tipo A de personalidad asocian los rasgos antes enunciados (Chacón y Grau, 2004), también como patrones funcionales que modulan el locus de control, estilos atribucionales y variables como autoconfianza, autoestima y autoeficacia como posibilidades al modular rasgos marcados del patrón de personalidad (Cherniss, 1993; Haack, 1988; Wilson y Chiwakata, 1989).

Sin embargo, el dato que da crédito al desarrollo del *burnout* en la presente investigación es la presencia de una correlación muy significativa entre horas de trabajo y síndrome de *burnout* entre el personal de salud, puesto que sus horarios son largos y a veces rotan; se encontró que mientras más sean las horas de trabajo que cumpla un profesional de la salud mayor será la posibilidad de presencia del síndrome de *burnout*. En base a la relación entre horas de trabajo y agotamiento emocional existe una correlación de $r(40) = .427, p = .006$. Por consiguiente, mientras más horas de trabajo tengan los profesionales de la salud, mayor será el agotamiento emocional. Por otro lado, en la relación entre horas de trabajo y despersonalización existe una correlación muy significativa entre estas variables, $r(40) = .571, p = .000$. Por ende, mientras más horas de trabajo cumplan los encuestados, mayor será la despersonalización. Finalmente, la relación entre horas de trabajo y realización personal existe una correlación significativa entre estas variables, $r(40) = -.397, p = .011$. Por lo tanto, mientras más horas de trabajo tengan los profesionales, menor será su realización personal. Esto se respalda con estudios (Marrero, 2010) que encontraron que los horarios de trabajo largos y rotativos -es decir extenuantes, se presenta como una variable con “presencia de estresantes crónicos a nivel laboral”. Así mismo en Polonia (Ksiazeket. Al.,

2011) en un estudio con enfermeras oncológicas se encontró que el estar durante horas prolongadas atendiendo a enfermos terminales representaba un antecedente de padecer *burnout*. En Chile, además, dentro de las variables epidemiológicas encontradas que ponen en riesgo de padecer *burnout* en trabajadores de la salud, se encontró que la frecuencia de casos sintomáticos aumenta linealmente con las horas de trabajo semanal, cuyo porcentaje más alto se encuentra entre las enfermeras (Ordenes, 2004).

CONCLUSIONES

- Según los resultados del MBI, sólo existe un caso de *burnout*, y se da entre los profesionales de enfermería.
- Se contó con la participación equitativa entre las profesiones de salud: 20 médicos/as y 20 enfermeros/as, todos laboran en el hospital del cantón Salitre a la fecha de la presente investigación. En cuanto al sexo, la mayoría de personal médico fueron hombres y de enfermería mujeres; es una muestra de personas relativamente jóvenes, pues sus edades oscilan entre 42.8 para médicos y 39.7 años para enfermeros/as.
- Los médicos perciben mejor remuneración mensual que el personal de enfermería. Además de esto, pesa mucho el tema de antigüedad, sin embargo, no existe una diferencia notable pues el promedio de antigüedad para los médicos del hospital es del 14.7% y de los/las enfermeros/as es del 13.5%, es decir el personal posee experiencia notable, además de los conocimientos respectivos.
- La mayoría de los médicos trabajan tanto en el sector público como en el privado, mientras que los/las enfermeros/as trabajan casi la totalidad en el sector público. Trabajan mayoritariamente a plazo fijo.
- El promedio de horas diarias de atención a pacientes fue mayor para el personal de enfermería que para los médicos. Así mismo, el número de pacientes que atienden los/las enfermeros/as es mayor al del personal médico. En cuanto al trabajo en turnos, nuevamente el promedio es superior para el personal de enfermería, pues casi la totalidad de ellos trabaja en horarios rotativos.
- En lo que respecta a los recursos institucionales recibidos para su labor, la percepción tanto de médicos como de enfermeros/as fue que medianamente la institución les provee de los mismos.
- El personal médico se encuentra satisfecho con su situación económica mientras que en el personal de enfermería se muestra descontento. Cabe señalar además que los/las enfermeros/as muestran menor nivel de apoyo percibido por parte de la institución y menor nivel de satisfacción por los resultados obtenidos en su carrera.
- La salud emocional de los/las enfermeros/as se encuentra más deteriorada que la de los médicos, puesto que más de la mitad del personal de enfermería presenta síntomas somáticos y ansiedad.
- Entre los estilos de afrontamiento, los médicos prefieren el replanteamiento positivo, mientras que los/las enfermeros/as usan el afrontamiento activo y la religión en mayor medida.

- En cuanto al apoyo social percibido, los médicos manifiestan percibir el amor y cariño de sus seres queridos en mayor medida, mientras que para los/las enfermeros/as fue el apoyo instrumental, es decir la posibilidad de obtener ayuda para un desempeño óptimo en su trabajo.
- El rasgo de personalidad que prevalece tanto para médicos como para enfermeros/as es el de Extroversión.
- Existe una correlación entre la aparición de *burnout* y las horas de trabajo; es decir, que mientras más sean las horas de trabajo que cumpla un profesional de la salud mayor será la posibilidad de presencia del síndrome de *burnout*: mayor agotamiento emocional, mayor nivel de despersonalización y menor sentido de realización personal.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un estudio paralelo a mediano plazo, para observar la evolución del caso de *burnout* y la correlación sobre la carga horaria del trabajo.
- Socializar información tanto al personal médico como de enfermería sobre el síndrome del *burnout* y los efectos del mismo: fortalecer la información por medio de talleres participativos que involucren además a los directivos de la institución en al menos un taller, pues es importante que escuchen las opiniones del personal de salud y aprendan de sus vivencias dentro del hospital.
- Realizar un programa para el aprendizaje de estrategias para afrontar efectivamente el estrés laboral, logrando así prevenir la futura aparición del mismo.
- En cuanto al caso detectado de *burnout*, sería recomendable acercarle a sesiones terapéuticas con un profesional de la psicología, puesto que además de participar de los talleres, debe de realizar un trabajo personal para mejorar su estado actual.
- Debe establecerse un programa de acompañamiento para el personal médico sobre la prevención y cuidado del *burnout*, que sea gestionado desde el área de Talento Humano, pues es recomendable que comience desde el proceso inductivo del nuevo personal. Incluir dentro de este mismo programa actividades de recreación o deportivas al menos una vez a la semana, para distensión del personal además de facilitar la contención dada por el apoyo social.
- Implementar también un programa de reconocimientos basado no sólo en los conocimientos o metas cumplidas de la planificación anual, sino por el reconocimiento de labor y antigüedad, así como el carisma y cuidado demostrado hacia el cliente/paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ader, R., & Cohen, N. (1993). *Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress*. *Annual Review of Psychology*, 44 (1), 53-85.
- Álvarez, E., & Fernández, L. (1991). *El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios*. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265.
- Amigo-Vásquez, I. (2015). *Manual de psicología de la salud*, 2da edición. Madrid: Ediciones Pirámide, 126.
- Asai M., et al. (2007). *Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan*, 421-428. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1066/full>
- Bayés, R., & Borrás, F. (1996). *Psiconeuroinmunología y salud*. En M.A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*, 77-114.
- Bermejo, L., & Prieto, M. (2006). *Teachers' irrational beliefs and their relationship to distress in the profession*. *Psychology in Spain*, 10 (1), 88-96.
- Bernstein, J. (2009). *El burnout es legalmente una enfermedad*, 33-34. Recuperado de <http://www.secure.fmed.uba.ar/pipermail/medfam/2009-May/006650.html>
- Bonet, J., & Luchina, C. (1998). *El estrés. La integración central de la respuesta y el sistema de respuestas neuroinmunoendocrinas*. En P. Arias, E. Arzt y J. Bonet (ed.), *Estrés y procesos de enfermedad*. Buenos Aires: Biblos, 65-93.
- Bradley, H. (1969). *Community-based treatment for young adult offenders*. *Crime and Delinquency*, 15 (3), 359-370.
- Brito, J., Cabrera, H., & Cedillo, J. (2012). *Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador, enero-julio 2011*. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 42-48. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3518/1/MED144.pdf>
- Buendía, J., & Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide, 35-38.
- Buunk, A., & Schaufeli, W. (1993). *Burnout: a perspective from social comparison theory*, en WB. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis, 254-259.
- Caballero, C., Hederich, C., & Palacio, J. (2010). *El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 131-146. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000100012

Cano, M., García, C., García, E., López, M., & Parera, N. (1996). *¿Está quemada la enfermería?*

Síndrome de burnout. *Enfermería Intensiva*, 7 (4), 138-146.

Carlotto, M., & Gobbi, M. (2001). *Desempleo y Síndrome de Burnout*. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1), 134-135.

Chacón, M., & Grau, J. (2004). *Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos*. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), La Habana, 68-70. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/867/1593>

Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in human service organizations*. Nueva York. Praeger, 56.

Cherniss, C. (1993). *The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout*. En W. Schaufeli, T. Moret y C. Maslach (Eds.): *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, D.C. Hemisphere Editorial, 135-149.

Coello, C. (2016), para *Redacción Médica. Sanitaria dos mil*. Quito. Recuperado de <http://www.redaccionmedica.ec/noticia/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>

Cox, T., Kuk, G., & Leiter (1993). *Burnout, health, work stress and organizational healthiness*. En W.B. Schaufeli, 56-64.

Dale & Cherniss (1980), en: Llana, F. (2009). *Ergonomía y Psicología aplicada. Manual para la formación del especialista*. 12ava edición. Madrid. Editorial Lex Nova, 512-513.

Danhke, G. (1989). *Investigacion y comunicacion*. En C. Fernandez-Collado y G. L. Danhke Eds.

La comunicadon humana: Cienda sodal. McGraw-Hill. México D.F. 387.

Deckard, G., Meterko, M., & Field, D. (1994). *Physician burnout. An examination of personal, professional, and organizational relationships*. *Medical care*, 32 (7), 745-754.

De la Fuente, E., García, J., Ortega, A., & De la Fuente, I. (1994). *Salud laboral. Evaluación de burnout en profesionales sanitarios*. *Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén*, 3, 93-104.

De la Gángara, J. (2002). *Burnout en medicina: ¿Qué hacer cuando las cosas se complican?*

Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen, 12-15.

Dickinson-Bannack, M.E. et al. (2006). *Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians*. *r. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)*, 75-79. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072b.pdf>

Durán, M., Extremera, N., & Rey, L. (2001). *El síndrome de burnout en el ámbito educativo: una aproximación diferencial*. *Apuntes de Psicología*, 251-262.

- Eastburg, M., Williamson, M., Gorsuch, R., & Ridley, C. (1994). *Social support, personality and burnout in nurses*. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(14), 1233-1250.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in the helping profession*. New York. Human Sciences Press, 134-136
- Espinosa, E., Zamora, P., & Ordóñez, A. (1995). *El síndrome de agotamiento profesional*. En González, E. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid: Panamericana, 1334-1343.
- Farber, B. (1984). *Teacher burnout: assumptions, myths, and issues*. *Teacher college record*, 86 (2), 321-338.
- Feresín, C. (2009). *VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo. La Crisis como Oportunidad: Abordajes Creativos desde la Psicología del Trabajo*. Universidad de Buenos Aires, 7, 9. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/TRABAJOS%20LIBRES/SALUD%20MENTAL/1.pdf
- Flórez, J. (2002). *Signos de alarma para el burnout: una perspectiva integral para el autocontrol*. Actas del XXIV Congreso Nacional Semergen, 31-38.
- Freudenberger, H. (1974). *Staff burn-out*. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York. Knopf, 98-108.
- Friesen, D., & Sarros, J. (1986). *Sources of burnout among educators*. *Journal of Organizational Behavior*, 179-188.
- García, I. (1991). *Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7 (8), 3-12.
- Guerrero, E. (2001). *Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del "quemado"*. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1, 1-22.
- Gil-Monte, P. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. *Revista Psicología Científica.com*, 3-4. Recuperado de [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)
- Gil-Monte, P. (2002). *Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería*. Departamento de Psicobiología y Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, 7-10. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v7n1/v7n1a01.pdf>
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: Pirámide, 33-34.

Gil-Monte, P. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una perspectiva histórica*. En P. Gil-Monte y B. Moreno, El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 21-39.

Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis, 59-60, 81-95.

Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). *Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional*. Universidad de La Laguna, Tenerife. Psicothema, 680. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7551/7415>

Gil Roales-Nieto, J., & López, F. (2001). *Estrés y salud*. En J. Gil Roales-Nieto, Manual de Psicología de la salud, volumen II. Comportamiento y salud/enfermedad. Granada: Ediciones Némesis, 187-231.

Golembiewski, R., & Kim, B. (1986). *Self-esteem and phases of burnout*. Organizational Development Journal, 7 (1), 51-58.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2007). *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español*. Revista Española de Salud Pública, 83 (2), 215-230. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>

Grau, R., Salanova, M., & Peiró, J. (2012). *Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral*. Apuntes de Psicología, 30 (1), 312. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/414/334>

Haack, M. (1988). *Stress and impairment among nursing students*. Research in Nursing and Health, 125-34.

Harrison, W. (1983). *A social competence model of burnout*. En: Farber, B. A., Stress and burnout in the human services professions. New York: Pergamon Press, 29-39.

Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., & Aro, A. (2004): *Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health*. Journal of Occupational Health Psychology, 9 (3), 220-237.

Henderson, G. (1984). *Physician burnout*. Hospital Physician, 8-20.

Hernández, G., Olmedo, E., & Ibáñez, I. (2003). *Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4 (2), 323-336.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC (2007). *Encuesta del Uso del Tiempo 2007*. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC (2010). *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III, serie de información estratégica*. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp->

content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC (2012). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo: Población de 10 años y más*. ENEMDU. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

Jorgensen, D. (1992). *Burnout in doctorally prepares nurse faculty*. Journal Nurse Education, 31 (341), 6.

Kerlinger, F. (1986). *Foundations of Behavioural Research: Educational, Psychological and Sociological Enquiry*. Academic Press Inc.,U.S. English Book, 116.
Ksiazek, I., Stefaniak, T., Stadnyk, M., & Ksiazek, J. (2011). *Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study*. European Journal of Oncology Nursing, 15 (4), 347-350. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388910001316>

Kyriacou, C. (1980). *Stress, health and schoolteachers: A comparison with other professions*. Cambridge Journal of Education, 10 (3), 154-159.

Leatt,P., & Schneck,R. (1980). *Differences in stress perceived by head-nurses across nursing specialities*. Journal of advanced nursing, 5 (1), 31-46.

Leiter, M. (1990). *The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study*. Human relations, 43 (11), 1067- 1083.

Leiter, M., & Maslach, C. (1988). *The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment*. Journal of Organizational Behavior, 9 (4), 12, 123-144, 297-308.

Leiter, M., & Maslach, C. (2000). *Burnout and health*. En A. Baum, T. Revenson y J. Singer, Handbook of health psychology. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 415-426.

Linn, L. Yager, J. Cope, D. & Leake, B. (1986). *Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty*. JAMA, 245 (19), 275-278.

Mansilla, F. (2010). *Factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Teoría y práctica*. Psicología Online. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>

Manzano, G. (2000). *Organizaciones magnéticas: solución al síndrome de burnout*. Capital Humano, 13 (138), 50-64.

Manzano, G. (2002). *Burnout y engagement en un colectivo preprofesional de estudiantes universitarios*. La Rioja. Boletín de Psicología, 74, 79-102. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N74-4.pdf>

Marrero, M. (2010). *Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de la ciudad de La Habana*. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2003, 4 (1-2), 33-37. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol4_1-2_03/rst08103.pdf

Martínez, A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Revista de Comunicación Vivat Academia., 112, 50-51, 56- 57, 59. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 16-18.

Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. En: Schaufeli, W.B., Maslach, C., y Marek, T. (Eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis, 19-32.

Maslach, C. (2001). *What have we learned about burnout and health?* *Psychology and Health*, 16 (5), 607-611.

Maslach, C., & Jackson, M. (1977). *SEMBI. Inventario "Burnout"*. Madrid. T.E.A. Ediciones.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behavior*, 2 (2), 99-113.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982). *Burnout in health professions: A social psychological analysis*, en SANDERS, G. y SULS, J. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 234-236.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1984). *Burnout in organizational settings*. *Applied Social Psychology Annual*, 133-153.

Maslach, C., & Jackson, S.E. 1986. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2da ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass, 45-48.

Maslach, C., & Leiter, M.P. (1999). *Teacher burnout: a research agenda*. En: Vanderbergue, R. y Huberman, M.A. *Understanding and preventing teacher burnout: a source book of International practice and research*. Cambridge: Cambridge University Press, 295-303.

Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. En: Schaufeli, W.B., Maslach, C., y Marek, T. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis, 1-16.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. (2001). *Job burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 379-422.

Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). *Prevention of burnout: news perspectives*. *Applied and Preventive Psychology*, 7 (1), 63-74.

Morán, C. (2008). *Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos*. *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, Universidad de León, 10 (9), 213-224. Recuperado de <http://www.ruct.uva.es/pdf/Revista%209/9210.pdf>

Moreno, B., Garrosa, E., & Gálvez, M. (2005). *Personalidad positiva y salud*. Universidad Autónoma de Madrid. Centro Universitario de Salud Pública. Madrid. Publicado en: Florez-

Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jimenez, B. Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. Bogotá: ALAPSA, 59-76. Recuperado de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>

Moreno-Jiménez, B., González, J., & Garrosa, E. (2001). *Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida*. Universidad Autónoma de Madrid. Pirámide, 59-83. Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

O'Brien, G. (1998). *El estrés laboral como factor determinante de la salud*. En J. Buendía, *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 61-77.

Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales (2006). *Guía sobre el Síndrome de Quemado (Burnout)*. UGT, Madrid. Recuperado de <http://www.feteugt.es/Data/UPLOAD/burnout.pdf>

Olabarria, B. (1995). *El síndrome de "burnout" ("quemado") o del cuidador descuidado*. *Ansiedad y Estrés*, 2 (3), 189-194.

Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R., & Gómez, M. D. (2001). *El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas*. *Psiquis*, 22, 117-129.

Ordenes, N. (2004). *Prevalence of Burnout at the Roberto del Rio Hospital*. *Revista Chilena de Pediatría*, 75 (5), 449-454. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006

Ortega, C. & López, F. (2003). *El burnout o síndrome de "estar quemado" en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-142. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf

Peiró, J. M., & Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema, 58-61.

Pines, A. (1993). *Burnout: An Existential Perspective*, in W.B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis, 35-51.

Pines & Kafry (1978), en: Llana, F. (2009). *Ergonomía y Psicología aplicada. Manual para la formación del especialista*. 12ava edición. Editorial Lex Nova. Madrid, 512-513.

Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. En C. Cherniss, *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.

Price, D., & Murphy, P. (1984). *Staff burnout in the perspective of grief theory*. *Death Education*, 8 (1), 47-58.

Quevedo, I. (2006). *Síndrome de burnout y calidad de la atención en el área de emergencia del hospital regional Doctor Teodoro Maldonado Carbo del IESS, Guayaquil – Ecuador, 2006*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 12 (12), 17-27. Recuperado de

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=617673&indexSearch=ID>

Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-Klinik.

Ramírez, R. (2016). *Guía didáctica del Practicum 4*. Loja: Ediloja.

Ríos, M., Peñalver, F., & Godoy, C. (2008). *Burnout and perceived health in Critical Care nursing professionals*. *Enfermería Intensiva*, 19 (4), 169-178.

Reeve, R. (1998). *Women, work and mental health*. *University of Virginia*. DAI, 60 (1), 76.

Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M., & Pinzón, J. (2011). *Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010*. Tesis de grado, Universidad del Rosario, 30. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/52931143-1.pdf;jsessionid=295E9165F495B6423A373BDE3012E025?sequence=1>

Román, J. (2003). *Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (2), 103-110. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002

Rosenthal, S., Schmid, K., & Black, M. (1989). *Stress and coping in N.I.C.M.* *Research in nursing and health*, 12, 256-257.

Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. McGraw Hill. México D.F., 5, 7, 17, 29, 35, 99-101, 240-242.

Sandoval, J. (2000). *El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout*. Nueva época. *Salud Problema*, 5 (8), 5164.

Schaufeli, W., Bakker, A., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kadler, A. (2001). *On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure*. *Psychological and Health*, 16 (5), 565-582.

Schaufeli, W. (2003). *Past performance and future perspectives of burnout research*. Department of Psychology and Research Institute Psychology & Health, Utrecht University, 1-4. Recuperado de <http://www.sajip.co.za/index.php/sajip/article/viewFile/127/123>

Schwab, R., Jackson, S., & Schuler, R. (1986). *Educator burnout sources and consequences*. *Educator Research Quarterly*, 10 (3), 15-30.

Smith, N., Birch, N., & Marchant, M. (1984). *Stress, distress, and burnout: A survey of public reference librarians*. New York: Public Libraries, 83-85.

Trujillo, H., Oviedo-Joekes, E., & Vargas, C. (2001). *Avances en Psiconeuroinmunología*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 413-474.

Turnipseed, D. (1994). *An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome*. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (9), 782-800.

Vahey, D., Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S., & Vargas, D. (2004). *Nurse Burnout and Patient Satisfaction*. Mount Sinai Medical Center, Department of Nursing, New York. US National Library of Medicine. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904602/#>

Weyman, W. (1996). *The determinants of fatigue in working women (stress, gender role)*. Boston college; 0016. DAI, 57 (9), 3776.

Wilson, D., & Chiwakata, L. (1989). *Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe*. Psychological Reports, 65 (1), 426.

Winnubst, J. (1993). *Organizational structure, social support and burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek, Professional burnout: Recent developments in theory and research. UK: Taylor & Francis, 63.

Zumárraga, R., García, J., & Yépez, L. (2008). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 33 (2), 96-100. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=572887&indexSearch=ID>

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medíamente 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 está con su situación económica? | | | | |

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

ANEXO 2. Cuestionario de MBI

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

ANEXO 3. Cuestionario GHQ-28

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

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

ANEXO 4. Cuestionario BRIEF-COPE

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2003). 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 de Apoyo Social

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

ANEXO 6. Cuestionario EPQR-A

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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