



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

AREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en una institución pública, ubicada en el sector norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017-2018.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Mora Ayala, Margarita Catalina

DIRECTOR: Minga Vallejo, Ruth Elizabeth Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA

2018



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, 2018

APROBACION DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora

Minga Vallejo, Ruth Elizabeth Mgtr.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en una institución pública, ubicada en el sector norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017-2018 realizado por Mora Ayala, Margarita Catalina, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, febrero de 2018

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Mora Ayala, Margarita Catalina , declaro ser autora del presente trabajo de titulación Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en una institución pública, ubicada en el sector norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017-2018 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f).....

Mora, Margarita Catalina

C.I. 170941750-3

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial,

Dueño de mi vida, sabiduría eterna.

A mi familia,

Patricio mi esposo, Joanne y Patricio nuestros hijos.

Mis regalos divinos, fortaleza y alegría.

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas personas que desde un inicio fueron cimiento y sostén para culminar este proyecto de vida,

A la Universidad Técnica Particular de Loja,

por su formación y enseñanza.

A mi esposo Patricio,

por el amor, paciencia y sostén.

A mi hija Joanne,

por la fortaleza y aliento.

A mi hijo Patricio,

por el apoyo y sabiduría.

A mis Padres,

por su esfuerzo y ejemplo.

A mi hermana Fanny,

por su persistencia.

A Directora de Tesis Ruth,

por su discernimiento, afabilidad y acompañamiento.

A Tutora Rocío,

por su constancia y dedicación.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	
1.1.1 Conceptualización del burnout	5
1.1.1 Definiciones de las décadas de 1970.....	5
1.1.2 Definiciones de la década de 1980	6
1.1.3 Definición de la década de 1990	8
1.1.4 Definición de la década de 2000	9
1.1.5 Definiciones del 2010 en adelante	11
1.2 Desarrollo y fases del Burnout	12
1.2.1.1 Golembiewski, Munzenrider y Carter 1983	12
1.2.2 Proceso evolutivo según Leiter y Maslach 1988	12
1.2.3 Proceso evolutivo según Leiter 1993	13
1.2.4 Proceso evolutivo según Lee y Ashfoth 1993	14
1.2.4 Proceso evolutivo según Gil-Monte Peiró y Valcarcel 1995	14
1.3 Consecuencias del Burnout	14
1.3.1 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud	16
1.3.2 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.....	17
1.4 Modelos explicativos del burnout	17
1.4.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva	17
1.4.1.1 Modelo de competencia social de Harrison 1983	17
1.4.1.2 Modelo de Pines (1993)	18
1.4.1.3 Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993).....	18
1.4.1.4 Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)	18
1.4.2 Modelos elaborados desde la teoría del Intercambio social	19
1.4.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).....	19
1.4.2.2 Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)	19
1.4.3 Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.....	20
1.4.3.1 Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)	20
1.4.3.2 Modelo de Winnubst (1993)	21
1.4.3.3 Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993).....	22
1.5 Modelo sobre el proceso del Síndrome de Quemarse por el Trabajo	22
1.5.1 Modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson)	22
1.5.2 Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).....	23
1.5.3 Modelo de Price y Murphy.....	24
1.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.....	24

CAPITULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	
2.1 Objetivo General	26
2.1.1 Objetivos Específicos	26
2.1.2 Preguntas de investigación	26
2.2 Contexto de la investigación:	27
2.3 Diseño de investigación	27
2.4 Muestra.....	28
2.4.1 Criterios de inclusión.	28
2.4.2 Criterios de exclusión.	28
2.5 Procedimiento:	29
2.6 Instrumentos.....	29
2.6.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	29
2.6.2 Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS].....	30
2.6.3 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28)	30
2.6.4 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	31
2.6.5 Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)	32
2.6.6 Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).....	33
CAPITULO III: ANALISIS DE DATOS.....	
3.1 Análisis De Datos	34
3.1.1 Variables Sociodemográficas	34
3.2 Discusión de los resultados obtenidos	41
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	53

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Resumen De Modelos Teóricos Del Burnout	25
---	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud	34
Tabla 2 Características laborales de los profesionales de la salud	36
Tabla 3 Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud.....	37
Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.	38
Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud	38
Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.....	39
Tabla 7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.....	40
Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.	40

RESUMEN

El síndrome de burnout es la afección laboral de agotamiento del trabajo y afecta el ambiente laboral en diferentes áreas organizacionales y principalmente a los profesionales de la salud, que según estudios muestran la vulnerabilidad de esta población para experimentar el síndrome, este trabajo describe una investigación realizada al personal médico y de enfermería de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura durante el año 2017, que tiene por objetivo identificar la prevalencia del síndrome y sus dimensiones, con una muestra donde participan 35 profesionales de la salud. La metodología utilizada estuvo en relación a un método exploratorio, de tipo descriptivo – transversal. Los resultados obtenidos en la prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos/as corresponden a un nivel bajo mientras que en enfermeras se encuentra ausente. En relación a las dimensiones: Agotamiento emocional para médicos y el personal de enfermería el nivel alto tuvo significancia, la despersonalización tanto el personal médico como de enfermería presenta el en nivel alto un porcentaje moderado y la realización personal ambos casos presenta un porcentaje superior al agotamiento emocional.

Palabras Claves: burnout, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, médicos, enfermeras.

ABSTRACT

The burnout syndrome is the labor condition of work exhaustion and affects the work environment in different organizational areas and mainly to health professionals, who according to studies show the vulnerability of this population to experience the syndrome, this work describes an investigation carried out the medical and nursing staff of a public institution in the city of Ibarra province of Imbabura during 2017, which aims to identify the prevalence of the syndrome and its dimensions, with a sample involving 35 health professionals. The methodology used was in relation to an exploratory method, of descriptive - transversal type. The results obtained in the prevalence of burnout syndrome in physicians correspond to a low level while in nurses it is absent. In relation to the dimensions: Emotional exhaustion for doctors and nurses the high level was significant, the depersonalization both the medical and nursing staff presents the high level a moderate percentage and the personal accomplishment both cases have a higher percentage of exhaustion emotional.

Key words: burnout, emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment, doctors, nurses.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es un fenómeno que empezó a ser investigado solo hasta principios de los años 70 (Bambula y Gómez 2010), su primer exponente el doctor Freudenberger (1974) quien define al síndrome como una experimentación de “una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. A partir de esta década y de esta conceptualización comienzan a vislumbrarse una serie de investigaciones y a realizarse aportes desde estudios descriptivos que permiten a varios autores realizar sus ponencias para definir el síndrome, inicialmente considerando como objeto de estudio a los profesionales de la salud, que son identificados como vulnerables ante las demandas y responsabilidades laborales, posteriormente este análisis se extiende a varios ámbitos profesionales, considerando la importancia que tiene afrontar el síndrome y sus afecciones.

En este documento se presenta un recorrido breve sobre los diferentes conceptos, dimensiones y modelos del síndrome de burnout siendo objetivos al momento de abordar y diferenciar las postulaciones de los autores. Luego se encuentran los objetivos de estudio, que se encuentran enmarcados en describir la situación actual de los profesionales de la salud de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura año 2017 y a la vez dar paso a las preguntas de investigación, seguido de la explicación del aporte de los cuestionarios aplicados en la muestra investigada. También se pueden observar los resultados con la descripción de los mismos para posteriormente contestar a las preguntas de investigación.

Se conoce por vivencia, observación e investigación que el trayecto laboral tiene sus exigencias y responsabilidades en forma indistinta en los profesionales, no obstante no todas las profesiones tienen vinculación con terceros. Los estímulos psicosociales que están presentes en el trabajo son, para el trabajador, habitualmente un conjunto de percepciones y experiencias muy diversas, siendo algunas de ellas de carácter general, pero otras son inherentes a las expectativas muy personales de cada individuo, como por ejemplo las de tipo económico, las referentes al desarrollo personal, y las que tienen que ver con las relaciones humanas y sus aspectos emocionales (Velásquez, 2009).

Ante esta esfera laboral se presenta el estrés que eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta. Dentro del desarrollo del síndrome estaría el estrés como una variable inicial que llevaría al padecimiento del burnout. Por lo tanto según Bianchini (1997) la mejor

traducción para "Burnout" es "fundirse". También se le ha denominado "Síndrome de Agotamiento por Estrés" y que conduce a ser un riesgo de afectación psicosocial. Por lo tanto en el ambiente hospitalario, la salud mental requiere una especial atención, debido principalmente a que existen diferentes factores que limitan el desarrollo personal y del trabajo de los empleados, entre ellos: horarios de trabajo, atención a individuos enfermos que en ocasiones enfrentan crisis, el sentimiento provocado por la muerte, las crecientes demandas de las personas que no quedan satisfechas con los servicios recibidos. Dichos factores actúan directamente sobre el individuo y el grupo de trabajo, provocando un malestar que puede manifestarse en fuertes cargas negativas, estrés e insatisfacción entre otras, lo cual genera una deficiente calidad de la atención hacia el enfermo y en el trabajador de la salud puede producirse un estado de agotamiento por estrés (Bianchi, 1997). La pregunta clave en hacernos es el profesional que enfrenta esta situación se encuentra totalmente adiestrado para vivir a diario esta realidad.

Es por esta razón que varias investigaciones han justificado su ejecución sobre el personal de la salud y la prevalencia del síndrome de burnout, y que dicho sea este nace justamente de la observación de Freudenberger en el ambiente de personal de la salud.

A nivel de Latinoamérica varias investigaciones se han visto impulsadas principalmente en Argentina, Colombia, Perú y Brasil sin embargo en el Ecuador se han levantado estudios similares al presentado conteniendo incluso investigaciones correlacionales como por ejemplo Ramírez (2015) en un compendio del Síndrome de Burnout en personal de la Salud del Ecuador.

En este trabajo la prevalencia del síndrome en la muestra investigada es baja pero no elimina la posibilidad que en las dimensiones del síndrome el personal tanto médico como de enfermería pueda llegar a desarrollar esta afección, considerando que las dimensiones sobre el síndrome tanto como para el personal médico y de enfermería en el agotamiento emocional se encuentra alto así como porcentajes significativos en la baja realización.

**CAPÍTULO I:
MARCO TEÓRICO**

1.1.1 Conceptualización del burnout

Según el Ministerio de Trabajo de España, el síndrome de burnout:

“También es llamado síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT), que refiere a una patología derivada de la interacción del Individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo que puede causar daño a la salud, sea más o menos grave o tenga más o menos consecuencias para el individuo.” (Citado Fidalgo, (2000)

Con base en este concepto a continuación se describe el desarrollo del término en diferentes décadas:

1.1.1 Definiciones de las décadas de 1970

El síndrome de burnout también conocido como el síndrome del quemado (SQT), es definido por primera vez con Freudenberg (1974), que señala como “una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Para determinar este concepto, Freudenberg observó que los jóvenes voluntarios que trabajaban en su “Free Clinic”, se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar sus ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo, por lo tanto después de años de servicio, presentaban conductas de irritación, agotamiento, cinismo con clientes.

Maslach (1976), lo denominaba como pérdida de responsabilidad profesional y define como: un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Este concepto involucra un proceso que iniciaría con una carga emocional y de tensión que causa agotamiento en la persona, el cual comienza a presentar conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo que crea dudas en relación con la competencia y realización personal.

“A pesar de que Herbeg Freudenberg fue quien define por primera vez el síndrome de Burnout toma verdadera importancia el estudio cuando la psicóloga Cristina Maslach da su perspectiva desde el ámbito psicosocial (Tirado 2012, p.19)”.

Bajo este preámbulo, el fenómeno descrito correspondía no a una problemática intelectual y académica, sino que puede ser un problema vivamente sentido por amplias y diferentes capas de profesionales que llevan a proponer varias conceptualizaciones en la época de los 70’:

Pines y Kafry en 1978, por su parte definieron el burnout como una “experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal”, que después tendría un desarrollo más

completo. Posteriormente, Dale en 1979 fue uno de los que iniciaron la concepción teórica del burnout entendiéndola como una consecuencia del estrés laboral, manteniendo que el síndrome podría variar dependiendo la intensidad y la duración del mismo.

Seiderman (1978), que define al síndrome de burnout como “la pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a recursos propios”.

Dentro de algunas otras definiciones están las de: Storlie (1979), un colapso espiritual. Bloch (1972), como un tipo de conducta de tipo cínico acerca de sus propias relaciones con los clientes. Reidl (1977), insiste en el postulado de Bloch al hablar de una deshumanización de los clientes (Moreno, Gonzales y Garrosa, 2001, p.2).

De este recorrido de definiciones se puede concluir, que el estudio del síndrome de burnout nace de la observación del comportamiento particular en la fuerza laboral profesional que llama la atención en la interacción social y el comportamiento profesional que tiene origen en las condiciones de ambiente de trabajo en que se desarrolla una persona y sus objetivos de autorrealización y que van en combinación con emociones y que finalmente se convierte en una patología de tipo psicosocial asociada a variables como es el estrés.

1.1.2 Definiciones de la década de 1980

Después de las primeras ponencias del síndrome de burnout este mantuvo su importancia e interés de estudio e investigación, según menciona Mingote, Moreno y Galvez (2004) en su publicación de desgaste profesional y señalan la proliferación de trabajos que tuvo el síndrome la mayoría de tipo descriptivos y que exponían las desventajas del burnout; así en la década de los ochenta parecía producirse una inflexión y se insiste preferentemente en las discusiones laborales teniendo presente el campo del estrés laboral que se va ampliando y que como consecuencia puede llevar a padecer el síndrome de burnout, en razón de que tiene consenso de ser respuesta al estrés crónico”. A continuación algunos de los conceptos de referencia citados por Mingote, Moreno y Galvez (2004):

Maslach y Jackson (1981) exponen en la Asociación Americana de Psicólogos, un cuestionario denominado “Maslach Burnout Inventory” (MBI) que caracteriza al síndrome por el agotamiento emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo, despersonalización o desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado y falta de realización personal, o tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con sentimientos y apreciaciones de baja autoestima profesional. Los tres factores del síndrome tienden a presentarse especialmente entre profesionales que trabajan asistencialmente con personas. En la tercera edición del MBI, los autores han sustituido la dimensión de despersonalización por la de cinismo, extendiendo así el síndrome a todo tipo de

profesiones y no solo a las asistenciales, de forma que la frialdad en el trato al paciente se formula ahora como una actitud cínica acerca del alcance del valor del propio trabajo y críticas generalizadas a la organización o institución a la que se pertenece. (p.3)

Cronin- Stubbs y Rooks (1985) lo presentaban como una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales. Paine (1982) lo describía como una disminución cuantitativa y cualitativa para ejecutar la propia tarea y Mc Donell (1982) lo veía como una disminución de la habilidad para enfrentarse al estrés. (p.2)

Por otra parte Martínez Anabel, en su ensayo de la evolución conceptual del burnout toma de referencia a Burke (1987) que busca complementar a Maslach y explica el burnout como un proceso de adaptación de estrés laboral, que se caracteriza por la desorientación profesional, desgaste sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Martínez, 2010, p. 4).

Mientras tanto en la evolución histórica del contexto del síndrome de burnout en el ámbito deportivo que hacen Carlin y Gárces (2010) toman de referencia los aportes de la definición que hacen, Pines y Aronson (1988), que postulan que no se restringen las profesiones de ayuda que puede padecer del burnout sino que definen que es: “el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”. Y aclara que las demandas psicológicas no se dan únicamente con clientes sino también en las diferentes áreas.

En este mismo contexto histórico de Carlin y Gárces (2010) citan a Edelwich y Brodsky (1980) que plantean un concepto basado en la pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece burnout:

- a) entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro;
- b) estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración;
- c) frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome; y
- d) apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Y finalmente utilizan la segunda postulación de Freudenberg (1980b) que describe un estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada (Citado por Carlin y Garcés 2010, p.169).

Es importante finalizar la citación de estos conceptos resaltando que son producto de la descripción e interpretación de diversos casos de estudio que involucra no solo a las condiciones de trabajo sino también a la capacidad de respuesta que tiene un individuo para enfrentar su ámbito laboral y los factores de estrés, así como sus condiciones físicas y emocionales que al igual que en los inicios del estudio del síndrome señala la relación de su entorno y su comportamiento social respecto al cumplimiento de las metas personales y las características de un estilo de vida.

1.1.3 Definición de la década de 1990

En el recorrido conceptual que hacen Ortega y López (2003), señalan que para la década de los noventa el “burnout” se hizo popular abarcando varios ámbitos profesionales y mostrando similitud y diferencias en las definiciones, y refiere a los siguientes autores:

Gil-Monte Pedro (1997) el síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, por la sensación de estar agotados a nivel emocional, por el desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, que son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional. El síndrome de quemarse por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores) que se originan en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización.

Mingote (1998) asiente que puede reconocerse una serie de características comunes en distintas definiciones revisadas y señala: predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional, destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente), se relaciona con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales” y, por último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja

realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Moreno y Peñacoba (1996) en un afán de aclarar este término mencionan que el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.

Una aseveración importante de esta década es la que añade Moreno (1998) resaltando que “el estudio de *burnout* y su análisis comenzó más bien en un área aplicada y clínica plagada de descripciones y escasos estudios empíricos”. Al analizar esta posición del autor se puede considerar que si existe la medición mediante los diferentes cuestionarios para realizar la evaluación del estado de la persona y basar resultados en la descripción de los mismos sin embargo no asegura la causa porque pueden alterar las variables que se consideran en las definiciones.

Para finalizar se puede especificar que en esta década la definición del síndrome utiliza la asociación de sintomatología y sus reacciones pero se puntualiza el involucramiento y diferenciación del estrés, separando por tipo, por un lado el que infiere como parte de la salud mental y otro generado directamente por factores externos que generan la desvinculación del profesional con su consumidor final.

1.1.4 Definición de la década de 2000

Toda la trayectoria histórica de la definición del burnout permite observar las diferentes visiones y variables que se especifican en cada definición, de las observaciones en diferentes casos de estudio.

Después de un significativo número de estudios y diferentes ponencias, Gil Monte (2003), hace notar una observación importante dentro de las definiciones de las anteriores décadas, que el “síndrome desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador.” Entendiendo lo que menciona el autor se valida que se habla del ambiente de trabajo y la carga laboral sin embargo anteriormente se han mencionado autores como Moreno (1996) que hace referencia al individuo y sus emociones en el alcance de sus objetivos, aunque es cierto que todos los conceptos enfatizan todo en cuanto al trabajo.

Otra observación de Gil Monte (2003) es tener presente que los individuos que padecen el síndrome de quemarse por el trabajo sienten que su capacidad para controlar las situaciones está mermada, por lo que desisten o no se esfuerzan de

manera adecuada para afrontar los problemas laborales y los síntomas que les genera el estrés laboral percibido (p 187).

En las definiciones del burnout del ensayo de Matínez (2010) para esta década señala a Farber 2000, que describe al síndrome como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: la presión de satisfacer las demandas de otros, intensa competitividad, deseo de obtener más dinero y sensación de ser desprovisto de algo que se merece (Citando en Martínez Pérez 2010 p.4).

En cambio el desarrollo contextual de Carlin y Gárces (2010) citan a Peris (2002) enfatiza un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de *burnout*, “estar quemado” o “desgaste psíquico” (Citado en Carlin y Gárces 2010, p. 171).

Jaoul, Kovess y Mugen, 2004, el *burnout* es un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir al padecimiento de este síndrome (Citado en Carlin y Gárces 2010, p. 171).

Bajo la premisa de las definiciones iniciales de Freudenberger y Maslach se cita lo que para Moreno et.al (2001) indican que:

En la década de los 70', la novedad del concepto consistía en que no era, como tantos otros, el resultado de una exploración de laboratorio, sino la constatación de un problema real experimentado en amplios núcleos de la profesión laboral. No es extraño que en este contexto tuviera una acogida mejor en el mundo profesional que en los programas de investigación de las universidades. El término coloquial de “burnout” (quemado) y el modelo teórico subyacente ponían el dedo en una llaga experimentada por un gran número de profesionales.

En las definiciones de este apartado del “burnout” se van puntualizado variables psicológicas que inicialmente no se consideraban por ejemplo definir a esta patología como un riesgo

laboral predecible así como considerar la respuesta de defensa del individuo en reacción a las consecuencias que tiene este síndrome y profundizar las mismas de manera personal como externa, así es como este distanciamiento con la actividad profesional va en repercusión progresiva hacia la capacidad del individuo produciendo la frustración.

1.1.5 Definiciones del 2010 en adelante

En el suplemento de prevención del Burnout para personal médico Pacale, Stordeur, Lebeer, Roland (2011) mencionan que desde la aparición del concepto burnout, y aún hoy en día, las investigaciones se enfocan principalmente en los oficios que conllevan una relación de ayuda a los otros, como es el caso en las poblaciones de enfermeras y enfermeros, y médicos, los trabajadores sociales, los profesores, las ayudas a domicilio y que las investigaciones se han interesado en todos los oficios que implican contacto con los usuarios. Para revisar las conceptualizaciones del síndrome a partir del 2010, Jonckheer, et.al citan a:

Sprimont (2011) indica que, el burnout está sujeto a una gestión individualizada de las condiciones de trabajo en términos de 'distancia justa'.

Para Troyer (2012) en cambio el individuo (el trabajador) es el que tiene que preservar su salud evitando implicarse demasiado en la relación con el cliente, el paciente, el usuario para encontrar la buena distancia con el fin de preservarse y al mismo tiempo hacer un trabajo de calidad. Esta noción de distancia justa significa una gestión de la relación únicamente por el individuo y evita el cuestionar la organización del trabajo (Citado en de Troyer 2012, p.116).

Troyer (2012) sostiene que el burnout puede cubrir un abanico variado y extenso de trabajadores. La individualización de las condiciones de trabajo y la de la evaluación de las nuevas formas de organización del trabajo, y los nuevos modos de management de los empleados desembocan en una pérdida del sentido que las personas le atribuyen a su trabajo. De manera más concreta, el burnout es susceptible de surgir cuando el trabajador se encuentra en la imposibilidad de realizar su trabajo como debe o como quisiera hacerlo, a causa de las restricciones del trabajo (sobrecarga de trabajo, imposición de objetivos o resultados irrealistas por parte del management, falta de reconocimiento, falta de apoyo del superior jerárquico, diferencia entre el trabajo "ideal" y el trabajo "concreto") o los recursos demasiado limitados que les son otorgados (p.116).

Para Ortega C. (2011) el burnout es un problema de salud pública que va aumentando y que no solo repercute en la salud de los profesionales de sanidad sino también en la

calidad asistencial, deteriorando, la relación médico paciente y suponiendo un alto costo tanto social como económico (Citado en Cabrera Gómez, 2011, p.8).

Nicuesa Maite (2014) en el contexto laboral, menciona que existen trabajadores que en algún momento han sufrido el síndrome de Burnout, un síndrome que está marcado por una etapa prolongada de estrés que produce un agotamiento físico y psicológico que además, potencia el pensamiento negativo, el cansancio, las dificultades para alcanzar la concentración en el trabajo y el miedo.

De manera general el concepto más aceptado durante los diferentes períodos de investigación ha sido el de Maslach y Jackson (1981), propuesta en tres dimensiones: depersonalización, agotamiento emocional y falta de autorealización, y sobre esto los casos de estudios y sus acercamientos se han profundizado dando explicación de factores psicológicos de influencia.

1.2 Desarrollo y fases del Burnout

Para Martínez Pérez, Anabella (2010), el burnout es un proceso de respuesta de experiencia cotidiana a ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales.

1.2.1.1 Golembiewski, Munzenrider y Carter 1983

El proceso hacia el "burnout" inicia su desarrollo con actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional de afrontamiento de estrés, después los trabajadores experimentan baja realización personal en el trabajo y posteriormente surge el agotamiento emocional. Entiende pues que la dimensión que mejor describe y predice la aparición del burnout es la despersonalización seguida de la baja realización personal y, por último el agotamiento emocional. No obstante Golembiewski postula que el burnout no está solamente presente en profesionales asistenciales sino que puede darse en otros ámbitos como vendedores, directivos, etc. (Citado en Martínez,2010,p.8).

1.2.2 Proceso evolutivo según Leiter y Maslach 1988

Leiter y Maslach plantean que la aparición del burnout se da a través de un proceso que empieza por el desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales, por lo tanto como consecuencia de los estresores laborales los trabajadores desarrollan sentimientos de agotamiento emocional (cansancio emocional) que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender como

estrategia de afrontamiento y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal y disminuye su realización personal en el trabajo. Este proceso concluye que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial. (Citado en Martínez, 2010,p.8).

Para Leiter y Maslach el avance del burnout en la persona está en la relación de las expectativas profesionales y la saturación de la capacidad de respuesta de un profesional, creando el sentimiento de frustración en el individuo y como consecuencia la falta de compromiso con clientes y en respuesta a esta mala canalización se tendría el rompimiento de expectativas personales de un profesional.

1.2.3 Proceso evolutivo según Leiter 1993

Dentro del proceso de desarrollo del síndrome de burnout que menciona Martínez (2010), refiere a Leiter (1993), que propone que su modelo es compatible con el desarrollo teórico sobre las estrategias de afrontamiento y señala que el agotamiento emocional sobreviene como respuesta del trabajador a los estresores laborales y cuando se hace crónico desarrollan actitudes de despersonalización. Los sentimientos de despersonalización no median en la relación de agotamiento emocional y realización personal en el trabajo por el contrario considera que los estresores laborales la falta de apoyo social y la falta de oportunidades de carrera generan los sentimientos de baja realización personal en el trabajo. Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De estas, el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Esta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios. Y por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades (Citado en Martínez, 2010, p.18).

Un ejemplo en relación a este proceso serían las expectativas que tiene un recién graduado de medicina, su preparación profesional y esfuerzos lo llevan a acumular sentimientos y expectativas de superación sin embargo la experiencia de otros profesionales que superan el manejo de casos prácticos que les genera mayor reconocimiento, frustra al recién graduado puesto que a pesar de atender varias emergencias aún no puede ser identificado como el médico tratante de pacientes en específico.

1.2.4. Proceso evolutivo según Lee y Ashfoth 1993

En la descripción del proceso evolutivo del burnout que realiza Manzilla (2001), cita que Lee y Ashfoth 1993, subrayan que tanto la despersonalización como la baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional. 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 (citado en Manzilla Izquierdo 2001).

1.2.4 Proceso evolutivo según Gil-Monte Peiró y Valcarcel 1995

En cambio en el modelo de evolución de Gil-Monte Peiró y Valcarcel 199, postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas 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. Por lo tanto, el planteamiento del desarrollo del síndrome apoya la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Gil-Monte Peiró y Valcarcel proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral (citado por Martínez, 2010, p. 19).

Para finalizar en todos los procesos y fases del desarrollo del síndrome se podría indicar que se denota una trilogía de elementos basados en el agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en el trabajo que toman su lugar dentro del proceso dependiendo de la perspectiva del análisis de la investigación y de interpretación del autor, sin embargo es importante mencionar que en el último postulado se aumenta un último factor referente a los sentimientos de culpa.

1.3 Consecuencias del Burnout

En relación a algunas consecuencias del síndrome de burnout algunos autores como Moreno, Gonzáles y Garrosa (2001), afirman que no se ha cerrado la brecha entre la identificación del

síntoma y la consecuencia en razón de que desde las definiciones se encuentran enfocadas en los síntomas y poco en la causa. Así por ejemplo en la definición aparece la presencia del cansancio emocional que incluye manifestaciones tanto del síntoma como de la consecuencia en el profesional. Sin embargo con base en algunos estudios y artículos de la identificación del síndrome de burnout en el campo ocupacional de la salud a continuación:

Para Mingote, Jiménez y Herrer (2004) mencionan que como consecuencias de salud los profesionales de la salud no están exentos de padecer trastornos físicos y psicológicos. Incluso no pocos autores han indicado tasas de alcoholismo, adicción a drogas, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio superiores a las de la población en general. Ahora la justificación de estas consecuencias pueden citarse en la relación con los pacientes y sus familiares, el contacto diario con la muerte y el dolor, la responsabilidad sobre la salud de terceros, el trabajo a turnos y nocturnos, la presión asistencial y la carga de trabajo, la presión social, el enfrentamiento a situaciones de emergencia, etc. Tal como se ha expuesto, el síndrome puede manifestarse en el ámbito clínico de formas diferentes: con problemas de salud mental medidos en alguno trabajo de investigación a través de General Health Questionnaire (GHQ) como indicador de "salud general" o "bienestar" y SCL-90-R de Derogatis, que logran determinar conductas ansiosas o depresivas, o con una mezcla de ambos, o con conductas no saludables como el consumo de sustancias medidas a través del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) evidencia la aparición de adicciones, (abuso de bebidas alcohólicas, sustancias tóxicas, etc.), alteraciones cardiovasculares, aparición de estilos de vida nocivos o con cambios en la actuación profesional (absentismo, mala praxis, etc.) . Los efectos suelen ser igualmente notorios en la calidad y eficiencia profesional.

En un estudio realizado en La Habana Cuba, (Hernández 2003) a un grupo de profesionales de la salud, muestran dentro de los resultados los síntomas consecuentes de estrés más frecuentemente referidos por los sujetos, estos fueron: trastornos del sueño, cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga o debilidad y acidez o ardor estomacal. Exceptuando el primero y el último, los restantes síntomas relacionados fueron significativamente más frecuentes en los profesionales del nivel primario de atención, y no se hallaron diferencias relacionadas con la profesión desempeñada. Las fuentes de estrés más frecuentemente identificadas fueron, en el siguiente orden: necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con superiores, sentir máxima responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes. Los resultados confirmaron las diferencias en las manifestaciones de estrés laboral y Burnout por las

condiciones de género y de profesión, así como respecto al mismo efecto debido al nivel de atención. Entre las combinaciones de condiciones sometidas a análisis, el nivel de atención obtuvo la mayor confiabilidad del sistema de condiciones. El primer nivel de atención fue el que favoreció la mayor prevalencia de estrés y Burnout.

En relación a estas consecuencias se valida que el síndrome se presenta en profesionales que por su labor deben relacionarse con terceros, como por ejemplo un médico, que su labor influye y tiene responsabilidad sobre la vida de otro individuo y por lo tanto la presión al atender a varias personas recae sobre un solo profesional que consecuentemente sentirá consecuencias físicas y psicológicas.

1.3.1 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud

Después de encontrar descrito varios de los modelos evolutivos del burnout es importante señalar las consecuencias e iniciaremos con las que se señalan las Notas Técnicas de Prevención (NTP) del Ministerio de España donde los niveles de estrés, la permanente presión y ansiedad son generadores del síndrome del agotamiento o desgaste laboral entre los profesionales de la salud, el cual se ve diariamente enfrentado a tomar decisiones que pueden cambiar el rumbo de la vida de las personas, el manejar un gran volumen de información, tener la responsabilidad del control de las situaciones por difíciles que estas sean, y el estar expuesto por largos periodos de tiempo a condiciones complejas, desencadenan factores estresantes que conllevan a un desgaste profesional. Se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja); disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes, etc.

Por lo tanto y para enfatizar Fidalgo (2000) menciona que el estrés conduce a una pérdida de productividad y a un inadecuado ambiente laboral, siendo el principal indicador y medidor de este, la disminución en el rendimiento laboral, la falta de cooperación y trabajo interdisciplinario del equipo de salud, el notable incremento de: Solicitudes de reubicación del puesto de trabajo, los ausentismos, las incapacidades y las quejas de los usuarios del servicio de salud. Según la Organización Internacional del Trabajo los trabajadores de la salud son los más propensos a padecer estrés laboral, debido a las condiciones de trabajo, Fidalgo (2000).

1.3.2 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud

Se ha citado en las fases de desarrollo del síndrome de burnout que parte de la sintomatología es la estrategia de afrontamiento como protección hacia su entorno y por lo tanto aparece el deterioro afectivo, por lo tanto según (Universia 2015) las consecuencias familiares en profesionales de la salud están dadas por los cambios del estado de ánimo, el trabajador se irrita con facilidad, desapareciendo los buenos modales, lo que puede derivar en conflictos innecesarios, también puede aparecer la indiferencia en vez del mal humor quebrantando la relación afectiva con la familia, creando el sentimiento de soledad, aburrimiento, vivencias de baja realización personal en el individuo, esto disminuye la calidad de vida personal generando problemas familiares, de pareja y en la red social extra laboral puesto que ya no existe comunicación ni se verbaliza por el aislamiento producido.

1.4 Modelos explicativos del burnout

Gil Monte afirma que la explicación de los modelos está denotada en la agrupación de las variables de estudio que se analizan en cada uno de ellos.

1.4.1 Modelo basados desde la teoría Sociocognitiva

Martínez (2010) explica que estos modelos parten de la teoría del yo dando gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto entre otros por tal razón se desarrollan los siguientes modelos.

1.4.1.1 Modelo de competencia social de Harrison 1983

Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la "competencia percibida" como función del SB (Síndrome de Burnout). Este explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el SB. Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral,

ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc. Martínez (2010)

1.4.1.2 Modelo de Pines (1993)

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 le dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que solo 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 SB. Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente (Martínez 2010).

1.4.1.3 Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)

Para Cherniss, 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. Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que estos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa (Martínez 2010).

Gil Monte (1999) en su publicación de perspectivas teóricas, señala que para estos tres primeros modelos la autosuficiencia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome (citado en Gil-Monte 2010).

1.4.1.4 Modelo de Thompson, 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.

Según Gil Monte (1999) señala que para este modelo la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo es la variable que determina el desarrollo del síndrome.

1.4.2 Modelos elaborados desde la teoría del Intercambio social

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

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social:

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

Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes. Martínez (2010).

1.4.2.2 Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)

Según la teoría de Conservación de Recursos (COR) es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el Burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a

perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo". La idea básica del (COR) 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 la teoría de COR, 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, condiciones, características personales, capacidad física (Martínez (2010).

En la percepción de Gil Monte (1999), estos dos modelos proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (v.g., ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante.

1.4.3 Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome. Así pues, 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.

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

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

En este modelo se resalta la significación de las disfunciones de los procesos del rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome.

1.4.3.2 Modelo de Winnubst (1993)

Cita Mansilla (2009) que Winnubst piensa que el burnout afecta a todas las profesiones y no solo a las relacionadas con los servicios de ayuda a los demás. Este modelo se basa en las relaciones entre la estructura, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables claves en la etiología del síndrome. Señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. 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 burnout es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas, el síndrome está causado por la relativa debilidad de esa estructura que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales (Mansilla, 2009).

Por otro lado el apoyo social también está relacionado con el tipo de estructura de la organización, siendo mayor en las organizaciones profesionalizadas con comunicación horizontal que en aquellas organizaciones con burocracias mecánicas y comunicación vertical, por lo que el apoyo social influye de manera relevante en la percepción que tienen los profesionales sobre la estructura de la organización. Este autor elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

- Todas las organizaciones tienen un sistema de apoyo social que se ajusta al tipo de estructura de la organización

- Estos sistemas de apoyo se forman en interdependencia con el clima laboral, por lo que pueden contribuir a la optimización del clima laboral
- Estos criterios permiten predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de burnout.
- Puesto que a través del apoyo es posible influir en diversos aspectos de la estructura organizacional, este apoyo es considerado una variable central de cara a su influencia sobre el burnout (Mansilla, 2009, p.80).

Por lo tanto los antecedentes del Burnout varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social que afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional (Barrera et Al.2007, p.20).

1.4.3.3 Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.

Estos tres modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse Gil Monte (1999).

1.5 Modelo sobre el proceso del Síndrome de Quemarse por el Trabajo

1.5.1 Modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson)

El primero de ellos, conocido como “Modelo tridimensional del MBI-HSS” de Maslach (1982), propone que el síndrome inicia con la aparición de agotamiento emocional, posteriormente aparece la despersonalización y por último la baja realización personal en el trabajo. En otro estudio de Golembiewski, Munzenrider &, Carter (1983), propone como síntoma inicial la despersonalización pasando a la baja realización personal, y posteriormente al agotamiento.

1.5.2 Modelo de Edelwich y Brodsky (1980)

Para Edelwich y Brodsky el síndrome se desarrolla en cuatro etapas diferentes:

- 1) Etapa de 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 este. 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 supervaloración de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que puede 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.
- 2) Etapa de estancamiento: esta supone una disminución en 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 puede hacer que el individuo se mueva para otra etapa, la de la apatía.
- 3) Etapa de apatía: Se considera está el núcleo central de burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empieza 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 este o inclusive de la profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes, abriendo el camino para la última etapa de burnout, la del distanciamiento.
- 4) Etapa de distanciamiento: La persona esta crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimiento de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa 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 justifica la pérdida de satisfacción (Carloto y Gobbi 2001).

La revista Latinoamericana de Psicología, señala que este modelo se diferencia de los anteriores por considerar el burnout como un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, y es de naturaleza cíclica, de manera que puede repetir en diferentes momentos en la vida laboral de un sujeto, en el mismo o en diferentes trabajos (Citado en Caballero et. al 2010).

1.5.3 Modelo de Price y Murphy

Por otra parte, el modelo de Price y Murphy (1984), se centra básicamente en la naturaleza adaptativa del síndrome ante el estrés laboral. Este proceso se asemeja a un 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. Desde esta perspectiva, se desarrollan varias fases sintomáticas: a) desorientación; b) labilidad emocional; c) culpa, debido al fracaso profesional; y d) soledad y tristeza. Esto podría desembocar en la necesidad de implementar estrategias de solución pasando por una solicitud de ayuda con el fin de restablecer el equilibrio (Citado en Caballero et. al 2010).

1.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte

Por último, el modelo de Gil-Monte (1999), toma base en la interacción de las emociones y las cogniciones que se establecen en las diferentes esferas del funcionamiento del sujeto. Se distinguen aquí dos fases. En la primera, aparece un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo, y un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico, así como por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y lesivos, pero con ausencia de sentimientos de culpa. En la segunda fase, los síntomas anteriores se acompañan de sentimiento de culpa (Citado en Caballero et. al 2010).

RESUMEN DE MODELOS TEÓRICOS DEL BURNOUT

"VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo"

Cuadro 1: Resumen De Modelos Teóricos Del Burnout

MODELOS COMPRENSIVOS	AUTORES	DESCRIPCIÓN
Teoría sociocognitiva del yo	- Cherniss (1993) - Thompson, Page y Cooper (1993)	Inspirado en los trabajos de A. Bandura. Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el pensamiento humano.
Teoría del intercambio social	- Buunk y Schaufeli (1993) - Hobfoll y Freddy (1993)	Consideran los principios teóricos de la teoría de la equidad.
Teoría organizacional	- Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1983) - Cox, Kuk y Leiter (1993) - Winnubst (1993)	Énfasis en los estresores de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos consideran al SQT como una respuesta al estrés laboral.
Tridimensional del MBI – HSS	- Maslach (1982) - Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1983) - Leiter y Maslach (1988) - Lee y Ashforth (1993) - Gil Monte (1994)	Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional), y actitudinales (despersonalización).
Edlwich y Brodsky	- Edlwich y Brodsky (1980)	El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de 4 fases: 1. Entusiasmo 2. Estancamiento 3. Frustración 4. Apatía (mecanismo de defensa ante la frustración)
Price y Murphy	- Price y Murphy (1984)	El burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral. Se da en 6 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
Gil Monte	- Gil Monte (2005)	Distingue 2 perfiles en el proceso de SQT: 1. Baja ilusión por el trabajo, altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero con ausencia de sentimientos de culpa. 2. Además de los anteriores síntomas, presenta sentimientos de culpa. Puede ser evaluado por el CESQT.

Fuente: "VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo"

Elaborado por: Feresín (2010)

Facultad de Psicología-Buenos Aires

CAPÍTULO II:
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivo General

- Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras en una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura durante el año 2017.

2.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar la caracterización de la muestra de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) durante el año 2017 de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.
- Determinar las dimensiones del burnout en la muestra investigada durante el año 2017 de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.
- Identificar el malestar emocional de la muestra investigada durante el año 2017 de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud durante el año 2017 de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud durante el año 2017 de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias durante el año 2017 de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.

2.1.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* es la que presenta un alto nivel en la muestra investigada?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra investigada?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social de la muestra investigada?.

2.2 Contexto de la investigación:

La población objeto de estudio, es personal de la salud (médicos y enfermeras) de una institución pública de la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura, esta casa de salud está calificada como una unidad de nivel II según la categorización del Ministerio de Salud en acuerdo ministerial 5212 (2015) que indica que tiene la capacidad para dar servicio ambulatorio especializado y lo requerido a hospitalización, abarcando una cobertura de atenciones médicas aproximadamente en: consulta externa de 166.053, emergencias 46.581, pacientes anexos 11.169 según informe de rendición de cuentas 2015.

Esta institución se encuentra calificada para dar atención médica en diferentes categorías de especialización tanto en consulta externa como de hospitalización, servicios de laboratorio e imagen, farmacia, cirugía entre otros. Cuentan con la modernización de equipos e instalaciones de acuerdo a presupuestos aprobados y mantiene personal calificado a través de programas de capacitación.

2.3 Diseño de investigación

La presente investigación utiliza como herramientas iniciales la exploración, que refiere que cualquier tipo de trabajo o proyecto requiere inicialmente de estudios exploratorios que nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con lo relativamente desconocido, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular (Lince, 2011).

Partiendo de esta premisa de investigación exploratoria y teniendo en cuenta el objetivo de investigación es importante tener un primer acercamiento entre el marco referencial teórico, los cuestionarios para obtención de información e inicialmente tener un primer escenario de las posibles instituciones que se pueda tener acceso o conocer cuánto pudiera interesarles el tema de investigación.

Luego, teniendo en cuenta que el objetivo es describir la prevalencia del burnout en la muestra, se utiliza la investigación descriptiva que destaca las características o rasgos de una situación, fenómeno u objeto de estudio (Sierra, 2012). Además, los estudios descriptivos se sitúan sobre una base de conocimientos más sólida que los exploratorios. En estos casos el problema ha alcanzado cierto nivel de claridad pero aún se necesita información para poder llegar a establecer caminos que conduzcan al esclarecimiento de relaciones causales. El problema muchas veces es de naturaleza práctica, y su solución transita por el conocimiento de las causas, pero las hipótesis causales sólo pueden partir de la descripción completa y profunda del problema en cuestión.

Manteniendo presente el objetivo también está la utilización de la investigación cuantitativa que permite conocer a la muestra a través de la obtención e interpretación de datos de manera imparcial a través de los conceptos y variables (Jiménez, 1998, p. 12), también están herramientas como: transaccional (transversal) pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado.

El tipo de investigación utilizada fue descriptiva-transversal, pues las variables seleccionadas recogieron la información que sirvió para desarrollar el estudio, además la información recolectada se la obtuvo en un momento dado

2.4 Muestra

La población objeto de este estudio fue el personal de salud (médico y de enfermería) que laboran en una institución de salud pública en la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 profesionales de la salud (20 médicos/as y 20 enfermeros/as), sin embargo en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 35 profesionales de la salud (15 médicos/as y 20 enfermeras) de una institución de salud pública en la ciudad de Ibarra provincia de Imbabura, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra, abajo mencionados.

La investigación se adecuó las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, que hace referencia en su acta final de 1975, a mantener por sobre todas las cosas la integridad y libertades del ser humano, el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, y se garantizó absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

2.4.1 Criterios de inclusión.

Estar titulado como profesional para la medicina o enfermería.

Encontrarse en situación activa.

Firmar el consentimiento informado.

Tener como mínimo 2 años de experiencia

2.4.2 Criterios de exclusión.

No aceptar la participación dentro de este estudio.

No encontrarse en la institución (maternidad o enfermedad).

2.5 Procedimiento:

El desarrollo de esta investigación se realizaron las siguientes acciones:

- Se indagó y se realizó acercamientos con posibles instituciones que accedieran a participar con el tema de investigación propuesto.
- Se accedió a una cita previa con el director de la institución pública para explicar el tema de investigación.
- Se elaboró un protocolo de estudio que justifica y conceptualiza el tema y el trabajo de investigación para exposición al directorio de la institución.
- Una vez aceptada la propuesta se realizó la solicitud para requerir y formalizar el permiso correspondiente a la institución de salud.
- Bajo el direccionamiento del área de recursos humanos de la institución se determinó las áreas de accesibilidad para la aplicación de instrumentos.
- La institución colocó un comunicado informando al personal de la aplicación de instrumentos, para que hubiera la colaboración y participación del personal.
- Se realizó planificación de obtención de datos por áreas según disponibilidad y accesibilidad.
- Se ejecutó el levantamiento de datos en un período de 60 días. Durante la ejecución se agendaron y reagendaron citas con médicos por disponibilidad.
- Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivos.

2.6 Instrumentos.

Los instrumentos fueron utilizados para recolectar la información que permitió cumplir con los objetivos trazados.

2.6.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Enfocado en obtener información sociodemográficas (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

2.6.2 Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS]

Los datos fueron recogidos mediante la adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» (MBI) (Maslach y Jackson, 1986) elaborada por Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte, 1994; Gil-Monte y Peiró, 1997b). Como se desprende de los resultados del análisis factorial inicial la adaptación al castellano del MBI presenta cuatro factores, aunque de manera global la estructura y composición de la solución factorial puede ser considerada similar a la ofrecida por el manual y a la obtenida en otros países. El cuestionario consta de 22 ítems que según señala el manual se distribuyen en tres escalas denominadas realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems). En el estudio se empleó la forma de frecuencia. Según esta forma, los sujetos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año.

En cuanto a las propiedades psicométricas, el cuestionario es óptimo si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9. (Citado por Gil Monte y Peiro 1999, p. 682)

2.6.3 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28)

El General Health Questionnaire es una técnica elaborada por Golberg, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70 con el fin de evaluar el grado de salud general. Este cuestionario fue elaborado con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física.

Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Golberg. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: **depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría**. Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenc y del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota. Un primer paso en la selección de los ítems fue realizado mediante un proceso de grupos criterios. Luego mediante un análisis de componentes principales se establecieron los componentes que explicaban el 55,5 % de la varianza total, siendo atribuible al primero el 45,6 % de tal varianza. Los componentes fueron: severidad de la enfermedad (factor general), depresión psíquica, agitación, ansiedad e irritabilidad. Tomando como base el criterio de carga factorial mayor o igual a 0,2, fueron mantenidos en el cuestionario 59 ítems que luego se redondearon a 60. Esta escala, en cualquiera de sus versiones (60, 30,

28 ó 12 ítems), consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en escala Likert, en este trabajo se utiliza los 28 ítems. Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta "menos que lo habitual" toma el valor 0 y la respuesta "mucho más que de lo habitual", toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten.

El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así los ítems 3, 4, 5, 9 y 12 comienzan preguntando "se ha sentido..." y el 7 "ha sido capaz de disfrutar...". También este cuestionario pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2 y la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida (ítems 10 y 11) y del enfrentamiento a las dificultades (ítems 6 y 8) (Citado por García 1999, p.89-90).

2.6.4 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

El COPE es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés y una segunda versión es el Brief COPE Carver (1997), que consta de 14 subescalas, de dos ítems cada una. Esta versión abreviada omite dos subescalas del COPE completo (supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento) ya que no fue confirmada su validez en los trabajos previos. Otras tres subescalas fueron ligeramente reenfocadas debido a que habían demostrado ser problemáticas en los estudios precedentes. A la subescala originalmente denominada reinterpretación positiva y crecimiento, se le denomina solamente reinterpretación positiva. Finalmente, la subescala llamada humor, no forma parte del inventario original COPE y fue añadida por Carver, porque se consideró que era evidente la importancia de esta respuesta. Los ítems son planteados en términos de la acción y la respuesta que las personas realizan en una escala ordinal con cuatro alternativas (de 0 a 3), entre "nunca hago esto" hasta "siempre hago esto". Esta respuesta puede ser cambiada según que el investigador esté interesado en el afrontamiento estado o en el afrontamiento rasgo. En el primer caso deberá responder "hice esto" (en relación a una situación dada de antemano), para la opción rasgo se deberá responder "acostumbro a hacer esto". Su creador, Carver (1997), considera que es idóneo en investigación, ya que proporciona una medida breve de afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz. Lo desarrolló con la intención de reducir la sobrecarga y el esfuerzo que tenían que realizar al responder al inventario completo. Escogió 2 ítems por escala, aquellos que habían tenido un peso mayor en análisis factorial previo, por la claridad, y por el

sentido del ítem para los respondientes. El Brief COPE consta de las siguientes subescalas: de las cuales se añade una breve descripción.

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.
2. Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
6. Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
13. Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
14. Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
15. El objetivo de este trabajo es analizar las propiedades psicométricas de la versión en español del inventario Brief COPE de Carver (1997), en población española. De forma más específica, el estudio se plantea la determinación de la estructura y dimensiones básicas del inventario en la muestra española de este estudio.

En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias. (Citado por Morán, Landero y Gonzáles, 2009).

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

Se ha podido evidenciar que el cuestionario MOS Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio, Aguirre, (2012), refiere al estudio de desenlaces médicos de Apoyo social, creado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; un cuestionario breve y auto-

administrado en personas con enfermedades crónicas El instrumento evalúa los siguientes componentes:

- a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares);
- b) Apoyo social emocional/informacional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos;
- c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo;
- d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y
- e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

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

Tomando de referencia lo citado por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología indica que el EPQR-A versión española, constituye una prueba de autoinforme para la evaluación de la personalidad elaborada por el grupo Eysenck las dimensiones evaluadas son la extraversión, neuroticismo, psicoticismo y sinceridad a través de una forma abreviada del cuestionario de 24 items; que contiene cuatro subescalas de 6 items cada una y está constituido en base a correlaciones (Sandín, Valiente, Chorot, Olmedo y Santed, 2002).

El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones son: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán, 2002).

CAPÍTULO III
ANÁLISIS DE DATOS

3.1 Análisis De Datos

Se realizaron 40 cuestionarios quedando 35 válidos con una respuesta del 88% de la muestra inicial.

MUESTRA

Muestra	Médicos	Enfermeros
Muestra Aleatoria Invitada	20	20
Muestra real discriminando los datos no reales	15	20

3.1.1 Variables Sociodemográficas:

En este apartado, se presentan tres tablas

- Características Sociodemográficas de los profesionales de salud
- Características Laborales de los profesionales de la SALUD
- Percepción del clima laboral de los profesionales de la Salud

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	9,0	60,0	7,0	35,0
Mujer	6,0	40,0	13,0	65,0
Edad				
Media	38,4		35,9	
Desviación Estándar	9,1		8,7	
Máximo	60,0		52,0	
Mínimo	30,0		25,0	
Número de hijos/as				
Media	1,3		2,0	
Desviación Estándar	1,2		1,9	
Máximo	4,0		9,0	
Mínimo	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	12,0	80,0	20,0	100,0
Blanco/a	2,0	13,3	0,0	0,0
Afro ecuatoriano/a	1,0	6,7	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	4,0	26,7	5,0	25,0
Casado/a	10,0	66,7	11,0	55,0
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Divorciado/a	0,0	0,0	2,0	10,0
Unión libre	1,0	6,7	2,0	10,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC
Elaborado por: Mora (2017)

Respecto a las características de las variables sociodemográficas se encuentra el sexo, que del personal médico el 60% son hombres y el 40% de mujeres, en relación al personal de enfermería el 35% son hombres y el 65% son mujeres. La edad promedio de las participaciones de médicos es de 38,4 años mientras que el personal de enfermería la edad promedio es de 35,9 años. El número promedio de hijos en el caso de los médicos es de 1,3 y en el caso del personal de enfermería es 2. La etnia que prevalece para toda la muestra es la mestiza, con el 80% en médicos y el 100% en el personal de enfermería. En relación al estado civil para el personal médico predomina el 66% casados, referente al personal de enfermería el 55% casados.

Estas variables permiten observar la influencia que pudieran tener sobre la prevalencia del síndrome y de acuerdo a los resultados que se exponen los dos grupos de análisis tanto de médicos como de enfermeras se distribuyen caracterizando al grupo de profesional al que pertenecen. En relación al sexo se denota la prevalencia según la profesión, la edad promedio corresponde a adultos jóvenes, así como la especificidad en el número de hijos que de la muestra la mayoría los tiene y que en ambos casos mantienen relaciones afectivas

Las siguientes variables que se analizan son las características profesionales en relación a la remuneración mensual, experiencia profesional, sector en el que trabajan, tipo de contrato, número de horas trabajadas y número de pacientes atendidos en el día.

Tabla 2 Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	2,0	13,3	11,0	55,0
1001 a 2000	9,0	60,0	9,0	45,0
2001 a 3000	2,0	13,3	0,0	0,0
3001 a 4000	0,0	0,0	0,0	0,0
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	2,0	13,3	0,0	0,0
Experiencia profesional				
Media	11,7		9,6	
Desviación Estándar	9,3		6,1	
Máximo	30,0		22,0	
Mínimo	3,0		3,0	
Sector en el que trabaja				
Público	6,0	40,0	18,0	94,7
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	9,0	60,0	1,0	5,3
Tipo de contrato				
Eventual	0,0	0,0	0,0	0,0
Ocasional	5,0	35,7	10,0	52,6
Plazo fijo	3,0	21,4	3,0	15,8
Nombramiento	4,0	28,6	6,0	31,6
Servicios profesionales	2,0	14,3	0,0	0,0
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0
Horas de trabajo/día				
Media	11,9		8,9	
Desviación Estándar	6,4		2,3	
Máximo	24,0		8,0	
Mínimo	8,0		6,0	
Nº de pacientes/día				
Media	23,5		16,6	
Desviación Estándar	13,5		4,6	
Máximo	50,0		30,0	
Mínimo	6,0		15,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	0,0	0,0	4,0	21,1
Mediadamente	13,0	86,7	13,0	68,4
Poco	2,0	13,3	2,0	10,5
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	7,0	46,7	18,0	90,0
No	8,0	53,3	2,0	10,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Mora (2017)

En la tabla No. 2, en relación a los ingresos mensuales, el personal médico con el 60% mayoritariamente percibe mensualmente entre 1001 a 2000 dólares mientras que para el personal de enfermería la remuneración que prevalece es de 0 a 1000 dólares con un 55%. Referente a la experiencia profesional en el caso de los médicos es 11,7 años mientras que para los/as enfermeras es de 9,6 años. El sector en que laboran el 60% del personal médico trabaja tanto en el público como el privado y el personal de enfermería el 94,7% labora en el

sector público. En cuanto al tipo de contrato el 35,7% de los médicos trabajan bajo contratos ocasionales, de igual forma que el personal de enfermería el 52,6% se encuentra bajo esta misma modalidad. Las horas promedio de trabajo para el personal médico son 11,9 y para el personal de enfermería 8,9. El número promedio de pacientes atendidos por día para los médicos es 23,5 en cuanto al personal de enfermería 16,6 personas. La provisión y dotación de recursos institucionales el 86,7% de médicos y el 68,4% del personal de enfermería indican que es en un nivel medio. Respecto al trabajo por turnos el 53,3% de médicos indican que no trabajan en turnos sin embargo el 90% del personal de enfermería si trabajan en turnos.

Se puede denotar que las condiciones económicas y sector laboral tiene coherencia con la edad promedio y años de experiencia de los profesionales que se encuentra en remuneraciones medianas y de igual forma en número de pacientes, horas de trabajo y rotación en turnos están de acuerdo a la complejidad y responsabilidad de cada una de las profesiones.

A continuación en la tabla número 3 presenta las tres dimensiones del Maslach Inventory Bunout MBI.

Tabla 3 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	5	33,3%	7	35,0%
	Medio	3	20,0%	9	45,0%
	Alto	7	46,7%	4	20,0%
Despersonalización	Bajo	7	46,7%	8	40,0%
	Medio	5	33,3%	8	40,0%
	Alto	3	20,0%	4	20,0%
Realización personal	Bajo	8	53,3%	8	40,0%
	Medio	3	20,0%	7	35,0%
	Alto	4	26,7%	5	25,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Mora (2017)

En los resultados del MBI en relación al Agotamiento emocional el 46,7% de médicos presenta nivel alto en tanto que el personal de enfermería el 20%, en cuanto a la despersonalización tanto el personal médico como de enfermería presenta el 20% en nivel alto y finalmente la realización personal el 53,3% de médicos y el 40% de enfermeras/os está en nivel bajo.

Considerando el resultado de la tabla Nro. 2 de las condiciones laborales en relación al número de horas trabajadas promedio en médicos es de 23,5 horas diarias que es un número elevado

de jornada, por lo que el resultado de agotamiento emocional refleja la consecuencia así como la baja realización que han logrado los médicos. En cuanto al personal de enfermería los resultados son más equilibrados.

Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	14	93,3%	20	100,0%
	Presencia	1	6,7%	0	0,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Mora (2017)

De acuerdo a la obtención de datos del MBI una persona del personal médico tiene el síndrome de burnout que representa el 6,7% de la muestra y en el personal de enfermería cero personas padecen del síndrome.

Aun cuando el porcentaje no es significativo el resultado muestra la prevalencia del síndrome respondiendo a la primera pregunta del objetivo de esta investigación.

La siguiente tabla número 5, muestra los resultados obtenidos del cuestionario GHQ-28 en relación a los síntomas somáticos, ansiedad, difusión social, y depresión.

Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	10	66,7%	11	55,0%
	Caso	5	33,3%	9	45,0%
Ansiedad	No caso	8	53,3%	9	45,0%
	Caso	7	46,7%	11	55,0%
Disfuncion social	No caso	15	100,0%	20	100,0%
	Caso	0	0,0%	0	0,0%
Depresión	No caso	15	100,0%	18	90,0%
	Caso	0	0,0%	2	10,0%

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

Elaborado por: Mora (2017)

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad para todo el personal de la salud, en cuanto a los síntomas somáticos el personal médico tiene una incidencia del 33,3% mientras

que el personal de enfermería presenta el 45%, en cuanto a la ansiedad el personal médico presenta el 46,7% y el personal de enfermería el 55%, en relación a la difusión social y depresión no presentan padecimiento.

El valor de la variable de ansiedad es mayor que la de síntomas somáticos en ambas clases de profesionales mostrando que las demandas de sus responsabilidades profesionales les deriva esta afecciones y en consecuencia se da un proceso de aparición de síntomas somáticos.

La tabla número 6 muestra los datos obtenidos referentes a las estrategias de afrontamiento.

Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máximo	Mínimo
Auto distracción	2,07	1,62	5,00	0,00	2,30	2,00	6,00	0,00
Afrontamiento activo	2,40	1,92	5,00	0,00	3,68	1,77	6,00	0,00
Negación	0,73	1,03	3,00	0,00	,95	1,10	4,00	0,00
Uso de sustancias	0,80	2,11	6,00	0,00	,25	,55	2,00	0,00
Apoyo emocional	1,40	1,96	5,00	0,00	1,50	1,57	6,00	0,00
Apoyo instrumental	2,13	2,23	6,00	0,00	1,55	1,57	6,00	0,00
Retirada de comportamiento	,93	1,62	5,00	0,00	1,30	1,22	4,00	0,00
Desahogo	1,47	1,46	5,00	0,00	1,75	1,92	6,00	0,00
Replanteamiento positivo	2,27	2,25	6,00	0,00	3,05	2,06	6,00	0,00
Planificación	2,87	2,00	6,00	0,00	3,00	2,13	6,00	0,00
Humor	1,67	2,02	6,00	0,00	1,30	1,26	3,00	0,00
Aceptación	2,47	2,03	6,00	0,00	2,70	1,95	6,00	0,00
Religión	1,67	2,13	6,00	0,00	2,50	2,35	6,00	0,00
Culpa de sí mismo	1,33	1,59	6,00	0,00	1,95	1,82	6,00	0,00

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

Elaborado por: Mora (2017)

Los resultados del afrontamiento para la muestra del personal médico indican que las medias más altas son las estrategias de: planificación alcanzando 2.87 puntos de escala de valores, seguido de la aceptación con 2.47 puntos, afrontamiento activo con el 2.40 puntos y replanteamiento con el 2.27 puntos, mientras que para el personal de enfermería las estrategias con las medias altas son; afrontamiento activo con el 3.68, replanteamiento con el 3.05, planificación 3.00 y aceptación 2.70 puntos.

Frente a las demandas y responsabilidades de trabajo el personal médico muestra bajo su percepción que la planificación es la herramienta que les permite solventar problemas así como la capacidad de hacerlo a través del afrontamiento activo y replanteamiento, no obstante el poder seguir un plan les genera seguridad de sus labores. En cambio por la actividad propia del personal de enfermería que asiste a un paciente bajo instrucciones médicas, la muestra de investigación indica su preferencia por el afrontamiento activo y el replanteamiento sin dejar de lado la importancia que tiene la planificación y la aceptación.

Tabla 7. 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	76,33	19,59	100,00	50,00	69,88	23,72	100,00	27,50
Apoyo instrumental	77,00	20,51	100,00	45,00	66,00	23,09	100,00	35,00
Relaciones sociales	83,33	18,29	100,00	55,00	74,25	23,75	100,00	35,00
Amor y cariño	88,00	11,60	100,00	66,67	79,67	22,73	100,00	40,00

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Mora (2017)

En cuanto al apoyo social se puede describir que la media más alta para ambos grupos es el amor y cariño con el 88% para médicos y 79.67% para enfermeros/as, seguido se encuentra las relaciones sociales con el 83.33% para médicos y 74.25% para el personal de enfermería, seguido está el apoyo instrumental para médicos con 77.00% y apoyo emocional con el 76.33% mientras que para el personal de enfermería primero está el apoyo emocional con el 69.88% y luego el apoyo instrumental con el 66%.

Dentro de esta investigación esta variable es de gran relevancia por el significado que representa en la generación de confianza para el profesional y argumentando este motivo la muestra investigada señala que la percepción de afecto constituye su mayor fuente de recuperación que necesitan.

Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máximo	Mínimo.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,60	1,92	5,00	0,00	2,47	1,95	6,00	,00
Extroversión	4,20	1,97	6,00	1,00	4,74	1,52	6,00	,00
Psicoticismo	2,07	1,67	5,00	0,00	1,94	1,16	5,00	1,00

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis, Brown y Philipchalk, 1992)
Elaborado por: Mora (2017)

La tabla número 8, muestra los datos de los rasgos de personalidad que para el personal médico la media más alta es la extroversión con 4.20 puntos, seguida del psicoticismo con el 2.07 y finalmente el neuroticismo con la media de 1.60, en relación al personal de enfermería la media más alta es la extroversión con el 4.74, seguida del neuroticismo con el 2.47 y el psicoticismo el 1.94.

La extroversión es el aspecto de personalidad que destacan tanto médicos como el personal de enfermería que es una variable que denota un buen síntoma dentro del ámbito de estudio porque muestra la estabilidad emocional de la muestra en estudio, sin embargo hay unas puntuaciones en el caso de médicos que muestran psicotismo que pueden denotar conductas impulsivas o reacciones negativas en la atención a pacientes así como el neuroticismo.

3.2 Discusión de los resultados obtenidos

Para poder determinar la prevalencia del síndrome de burnout se establecieron objetivos específicos, dentro de ellos se encuentra la caracterización de la muestra de estudio de una institución de salud de la ciudad de Ibarra durante el año 2017, a través de las variables sociodemográficas que denotan que el 60% del personal médico son hombres y el 40% son mujeres, esta relación muestra una brecha del 20% de diferencia entre hombre y mujeres profesionales, hay menos desigualdad entre hombres y mujeres mostrando la evolución que el Ecuador ha tenido durante los últimos años, en el 2010 de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC de los 6.1 millones de la población económicamente activa el 36.8% correspondían a mujeres. Mientras que el personal de enfermería el 35% son hombres y el 65% son mujeres, “aumentando la participación del sexo masculino en esta profesión reduciendo mitos” (Gracida, 2015), según las estadísticas de estudiantes de pregrado de la Universidad Central del Ecuador en la facultad de enfermería el 91.4% son mujeres y un 8.6% son hombres (INEC, 2010).

En cuanto a la edad promedio de la muestra refleja para el personal médico 38.4 años y el personal de enfermería 35.9 años que va en concordancia con los datos del INEC 2016 del grupo de personas de edad productiva de 20 a 45 años. El número de hijos promedio para médicos es de 1.3 y para el personal de enfermería 2, según el INEC 2010 el promedio de hijos es de 1.09 en razón de que el nivel de educación se encuentra influenciando en las tasas de fecundidad. La etnia que predomina es la mestiza para médicos el 80% y enfermeras/os el 100% que se encuentra en el rango promedio global de la etnia que predomina en el Ecuador con 76.2% (INEC, 2010). El 66.7% de médicos y 55% de enfermeros/as indican encontrarse casados dato que es similar al estudio del Burnout en personal de la salud realizado por (García, 2013).

Respecto a las características laborales, el personal médico indica que percibe ingresos promedio en un rango de USD\$ 1.001 a USD\$ 2.000 mientras que el personal de enfermería indica que percibe un promedio de USD\$ 0 a USD\$ 1.000, ambos parámetros se encuentran en el promedio de ingresos mensuales de la población ocupada según el nivel de instrucción de la encuesta nacional de empleo y subempleo del INEC 2012 que indica que el promedio nacional es de USD\$ 708. Referente a la experiencia profesional en el caso de los médicos es 11,7 años mientras que para los/as enfermeras es de 9,6 años que son similares al estudio que presentaron (Tello y Samillán, 2010). El sector en que laboran el 60% del personal médico

trabaja tanto en el público como el privado, que obedece a la prestación independiente de servicios profesionales eventuales y el personal de enfermería el 94,7% labora en el sector público que concuerda con el tipo de contrato que poseen. En cuanto al tipo de contrato el 35,7% de los médicos trabajan bajo contratos ocasionales, de igual forma que el personal de enfermería el 52,6% se encuentra bajo esta misma modalidad, en razón de que la institución es pública la ley orgánica de servicio público LOSEP permite en su artículo 58 contratar a los profesionales bajo esta modalidad, que para médicos con experiencia no representa una problemática pero para profesionales jóvenes puede ocasionar una frustración. Las horas promedio de trabajo para el personal médico son 11,9 en una publicación del diario EL MUNDO (Tardón,2015) menciona que el trabajo prologando de 12 horas que equivale a medio día entero fomenta el agotamiento emocional, mientras que para el personal de enfermería las horas promedio de trabajo son 8,9, que se encuentran dentro de una jornada normal considerando que el máximo de horas extras son 40 en la semana.

El número promedio de pacientes atendidos por día para los médicos es 23,5, este valor está dentro del rango que menciona el Anuario de estadísticas de Salud del INEC (2014) que señala que un médico atiende en promedio de 20 a 27 pacientes diarios, el diario El Comercio (Jaramillo, 2014) publicó que el tiempo promedio de atención en instituciones públicas en cada cita es de 10 a 15 minutos para poder cumplir con el número de citas asignadas. En cuanto al personal de enfermería el resultado muestra que atienden 16,6 personas por día, este resultado valida la información del estudio presentado en prevalencia del síndrome del burnout del Hospital de la Policía Nacional de Quito - Ecuador (Landazuri, 2011) que indica que el promedio de pacientes por día supera las 10 personas. La provisión y dotación de recursos institucionales el 86,7% de médicos y el 68,4% del personal de enfermería indican que es en un nivel medio, en el reporte de gestión del Ministerio de Salud Pública señala que durante los 25 años la región de las Américas ha experimentado grandes progresos, sin embargo, la sobredemanda de los servicios y los sistemas de desigualdad en sistemas de la salud afectan al cumplimiento de los objetivos e intenciones de mejoramiento de recursos. Respecto al trabajo por turnos el 53,3% de médicos indican que no trabajan en turnos, que está relacionado al porcentaje de médicos que la institución destina a emergencia, no obstante el 90% del personal de enfermería si trabajan en turnos en cuanto a este resultado (Feo, 2007) en su trabajo de Influencia del trabajo por turno en personal de salud, señala que esta modalidad tiene afectaciones físicas como: "trastornos músculos-esqueléticos, abortos, problemas de sueño y otros efectos de menor importancia así como la vida social y afectiva se encuentra descuidada". Finalmente se puede concluir que la muestra tiene resultados que coinciden con datos de realidad nacional así como con otros estudios y por lo tanto nos permite determinar posteriormente que factores podrían influenciar o no en los resultados que más adelante se analicen.

En relación al segundo objetivo de identificar las dimensiones del burnout tenemos en los resultados que, en el agotamiento emocional es el 46,7% de médicos tiene nivel alto; cuando en las variables sociodemográficas se describía que la sobrecarga de horas de trabajo en el personal médico fomenta el agotamiento emocional este resultado muestra que por el porcentaje alcanzado si influyen horas trabajadas y sobre esto se sumaría las exigencias laborales como la atención de número de pacientes, este resultado del 46.7% es similar al estudio de (Ramírez, 2015) en su trabajo del Burnout en personal de salud en Ecuador, sin embargo Ramírez señala que la mayoría de los estudios analizados informaron de prevalencias más elevadas para la dimensión de cansancio emocional, que oscilaron entre el 20.6% y el 33.0% (Agudelo et al., 2013; 230 Álvarez y Pietro 2013; Poghosyan et al., 2010; Herrera, Viveros y Brizio, 2013; Magalhães et al., 2015; Martins, Laport, de Paula, Medeiros y Ronzani 2014; Teixeira, Ribeiro, Fonseca y Carvalho, 2013), en cuanto al personal de enfermería el 20%, tienen nivel alto resultado muy semejante al resultado del trabajo de investigación de González, M.G y Luzuriaga, L., (2013), señalan que en el caso del personal de enfermería teniendo mayor porcentaje femenino se debe sumar las cargas personales que pudieran motivar el desgaste emocional como por ejemplo tareas de hogar, en relación a la despersonalización tanto el personal médico como de enfermería presenta el 20% en nivel alto que se acerca a los resultados del estudio de Giraldo y Builes (2013) que señalan que entre más bajo sea el porcentaje de despersonalización se aleja de la experimentación del síndrome y finalmente la realización personal el 53,3% de médicos en nivel bajo y el 40% de enfermeras/os está en nivel bajo, puntuaciones similares obtenidas en otros estudios, que destacan de igual forma los elevados porcentajes (Ávila, J., Gómez, L., Montiel, M. 2010). Considerando que las dimensiones más sobresalientes son el agotamiento emocional y la baja realización es importante señalar el modelo de desarrollo que señalan:

Gil-Monte Peiró y Valcarce (1995), proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral (Citado en Martínez, 2010, p.18).

Además de que también es importante lo que afirma Leitter (1993), "que parte clave para llegar a experimentar el síndrome es el agotamiento emocional y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. "(Citado en Martínez, 2010, p.19).

En relación a la prevalencia del síndrome de burnout los resultados del MBI indican que una persona del personal médico experimenta el síndrome que representa el 6,7% de la muestra y en el personal de enfermería cero personas padecen del síndrome, resultados similares al estudio de prevalencia del Burnout en el Hospital de la Policía de Quito (Landazuri, 2011). Aun cuando los resultados son bajos son una alerta de que pudieran suscitarse más casos y que se

requieren estrategias para solventar la problemática. De igual forma en el estudio de (Valenzuela, 2010) que tiene bajos porcentajes de la prevalencia del síndrome de burnout, señala que es importante considerar que la muestra no puede estar reflejando la realidad de la población de la institución investigada sin embargo está poniendo de alerta una sintomatología y que habría con estos resultados justificar y determinar una investigación más amplia y que permita la correlación de variables considerando la especialidades médicas.

En cuanto al malestar emocional que hace referencia los resultados del GHQ los resultados que se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad para todo el personal de la salud, en cuanto a los síntomas somáticos el personal médico tiene una incidencia del 33,3% mientras que el personal de enfermería presenta el 45%, en cuanto a la ansiedad el personal médico presenta el 46,7% y el personal de enfermería el 55%, en relación a la difusión social y depresión no presentan padecimiento. Patorino (2007) señala que el síndrome de Burnout es la variable efecto medida a través del GHQ.

Los resultados del estudio de Bringas, G., Fernández, A., Álvarez, A., Martínez, A., Rodríguez, F.J., (2015) se asemejan a los obtenidos en este estudio y señalan que:

El análisis de regresión, utilizado para conocer la influencia que las diferentes categorías de burnout tienen sobre los diferentes síntomas de salud-enfermedad, permite apuntar algunos datos. Así con respecto a los síntomas somáticos muestra que dentro de los módulos terapéuticos el Cansancio Emocional y la Realización Personal influyen en la aparición de estos síntomas. Con respecto a los síntomas de Ansiedad mencionan que el Agotamiento Emocional es factor predictivo de este estado ansioso. En el caso de la Disfunción Social, vuelve a ser el Cansancio Emocional el factor influyente en la mayor probabilidad de aparición de un síntoma de salud-enfermedad.

Referente a las estrategias de afrontamiento que son el esfuerzo para manejar el estrés, son las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida de los profesionales del objeto estudio del presente trabajo el personal médico indican que las medias más altas son las estrategias de: planificación alcanzando 2.87 puntos de escala de valores, seguido de la aceptación con 2.47 puntos, afrontamiento activo con el 2.40 puntos y replanteamiento con el 2.27 puntos, mientras que para el personal de enfermería las estrategias con las medias altas son; afrontamiento activo con el 3.68, replanteamiento con el 3.05, planificación 3.00 y aceptación 2.70 puntos en ambos casos las estrategias que se encuentran desarrolladas se encuentran dentro de la categorización de afrontamiento focalizado que hace Carver (1993) que refiere a la solución de problemas y que le permite al profesional desarrollar una conducta cognitiva de realización y solución de conflictos permanentes que hace que la situación de estrés se disminuya (Citado en Riech, M., Costa, C.D., Remor, E, 2015). Posiblemente una persona pueda juzgar una determinada estrategia de afrontamiento como efectiva, a pesar de que su uso le provoque mayor distrés. La

investigación en psicología de la salud podría beneficiarse al evaluar el afrontamiento por medio de un abordaje más dinámico, que incluya la valoración de la efectividad del afrontamiento, la evaluación del grado de libertad ejercida por las personas ante el uso de las estrategias de afrontamiento, y la examinación de los cambios producidos en el uso de estrategias de afrontamiento para hacer frente a estresores de diversa índole (Riech, M., Costa, C.D., Remor, E, 2015).

En cuanto al apoyo social se puede describir que la media más alta para ambos grupos es el amor y cariño con el 88% para médicos y 79.67% para enfermeros/as, Cáceres (2006) señala que la primera fuente de percibir el afecto de amor y cariño es en familiares y amigos que logran prevenir la aparición del síndrome, seguido se encuentra las relaciones sociales con el 83.33% para médicos y 74.25% para el personal de enfermería, Cáceres (2006) afirma que la carencia del apoyo social de las relaciones sociales como con compañeros y/o jefes permite la aparición del síndrome y finalmente está el apoyo instrumental para médicos con 77.00% y apoyo emocional con el 76.33% mientras que para el personal de enfermería primero está el apoyo emocional con el 69.88% y luego el apoyo instrumental con el 66%. En general, la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas (Landazuri 2011). En el modelo de Winnubst el apoyo social juega un papel clave dentro de la etología del síndrome y afirma que los antecedentes del Burnout varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social que afecta de manera importante a la percepción que el individuo tiene de la estructura organizacional (Mansilla 2009).

Finalmente se puede determinar los rasgos de personalidad de la muestra para el personal médico la media más alta es la extroversión con 4.20 y en el personal de enfermería 4.74 siendo en ambos grupos el rasgo que les identifica, Landazuri (2011) afirma que estos tipos de personalidad utilizan estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés. Estas son estrategias de carácter activo, como ser: la modificación perceptiva de los estresores concibiéndolos como oportunidades, la búsqueda de apoyo social, el desarrollo de estilos de vida saludables, entre otros, el psicoticismo con el 2.07 en médicos que denota el agotamiento emocional y la presencia de la experimentación del síndrome y el neuroticismo con 1.60 en médicos, que es un valor relativamente bajo y que de forma moderada aleja la posibilidad de una experimentación del síndrome, en relación al personal de enfermería el neuroticismo alcanza el 2.47 y podría considerarse una alerta de un factor de riesgo y el psicoticismo el 1.94 aun cuando estos dos resultados en el personal de enfermería podrían representar una probabilidad de presentación del síndrome de burnout es importante asociar que las dimensiones del MBI para el personal de enfermería se encontraban en rangos que podríamos llamar estables.

Como parte de esta investigación las variables expuestas se relacionan una con otra mostrando la influencia que tienen en la posibilidad de adolecer del síndrome de burnout, sin embargo para establecer una precisión de influencia se tendría que hacer y definir un estudio correlacional, no obstante se debe mantener la alerta y observación en cuanto a los posibles procesos en evolución del síndrome que se reflejan en los resultados presentados.

CONCLUSIONES

- El perfil sociodemográfico de la muestra de médicos/as que participaron en la presente investigación fue el de un hombre, con una edad media de 38 años, con al menos un hijo, mestizo y casado; mientras que en la muestra de enfermeros/as fue el de una mujer, con una edad promedio de 36 años, con al menos dos hijos, mestiza y casada.
- El perfil laboral de la muestra de médicos/as es que perciben un salario mensual entre \$1.001 a \$2.000, poseen una experiencia laboral de 12 años, el sector en el que laboran es tanto en el público como en el privado, con tipo de contrato ocasional y trabajan en turnos; mientras que en enfermeras su remuneración se encontraría dentro del rango que proponía la batería de hasta \$1.000, con experiencia de trabajo de 10 años, laboran en el sector público, tienen un contrato ocasional y trabajan permanentemente en turno.
- De las dimensiones del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) evaluadas de manera independiente se obtuvieron que en el caso del personal médico la baja realización personal obtuvo el porcentaje más alto al igual que para el personal de enfermería muy seguido del agotamiento emocional igual para ambos casos.
- Existe la prevalencia del síndrome de burnout en un nivel bajo sobre el personal médico y se encuentra ausencia sobre el personal de enfermería, no obstante es importante considerar que la muestra es accidental y puede denotar una problemática sobre el total de la población de médicos.
- En cuanto a la variable de salud mental, la subescala predominante en ambos grupos fue la de ansiedad para el personal médicos/as y con una diferencia mínima en el personal de enfermería.
- En relación a las estrategias de afrontamiento de la muestra denota que se encuentran en términos focalizados mostrando experiencia y madurez profesional tanto en el personal médico como enfermeras/os, las escalas que tuvieron una media mayor fueron: replanteamiento positivo, afrontamiento activo, aceptación, desconexión conductual en los profesionales de la salud.
- En lo referente al apoyo social tanto en médicos y enfermeras la dimensión que sobresalió fue amor y cariño y se constituye como una determinante de variable de protección en la planificación de estrategias.
- Además el rasgo de personalidad que sobresalió en médicos/as y enfermeras fue el de extroversión, mostrándose como una fortaleza en la muestra investigada porque disminuye las probabilidades de experimentación del síndrome.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere a la institución que considere los datos que se obtuvieron en el presente estudio en relación a los aspectos de relevancia en el posible desarrollo del síndrome de burnout, así como con los resultados presentados justificar una nueva investigación con una muestra ampliada.
- Realizar la implementación dentro del programa de prevención de riesgos del trabajo un plan de estrategias de riesgos psicosociales para la atención al síndrome de burnout, ubicando las posibles fuentes de tensión que genera la ansiedad en ambos grupos de profesionales.
- Realizar la implementación dentro del programa de atención de riesgos del trabajo un plan de estrategias de riesgos psicosociales para la atención al síndrome de burnout.
- Considerando los resultados de las estrategias de afrontamiento en cuanto a planificación, replanteamiento, la institución debería reconocer la participación de los profesionales en la consecución y cumplimiento de los objetivos organizacionales y estructurales.
- Realizar la implementación dentro del programa de prevención de riesgos del trabajo un plan de estrategias de riesgos psicosociales para la prevención de la proliferación del síndrome de burnout.
- Implementar la difusión de la concientización del significado del burnout con el objetivo de generar condiciones y herramientas de prevención en el personal médico.
- Considerando los rasgos de personalidad del personal la institución debería proponer un plan de estrategias con actividades de integración para el personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Bianchini, M., (1997) El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017
- Bringas, G., Fernández, A., Álvarez, A., Martínez, A., Rodríguez, F.J., (2015). *Influencia del síndrome de burnout en la salud de los trabajadores penitenciarios*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v17n3/es_02_original.pdf
- Caballero, C.; Hederich, C.; Palacio, J., (2010). *Revista Latinoamericana de Psicología*. El Burnout Académico: Delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. Bogotá – Colombia. ISSN:0120-0534
- Cabrera, K., (2011) *Síndrome de Burnout en personal médico Centro Quirúrgico Metropolitano*. Cuenca – Ecuador. Universidad Azuay
- Carlin, M., Garcés, Enrique (2010). *Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo*. Murcia-España. ISSN 0212-9728
- Carlotto, M., Gobbi, M. (2001) *Desempleo y Síndrome de Burnout*. Santiago de Compostela. Revista de Psicología Universidad de Chile
- De Troyer, M. (2012) *Burnout*. Recuperado de http://laboreal.up.pt/files/articles/115_118f.pdf
- Feo, J.M (2007). *Influencia del trabajo por Turnos del personal de Salud en la Vida Cotidiana* (Tesis de pregrado). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Ferreira, C., García, K., Macías, L., Pérez, A., Tomsich, A., (2015) *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC*. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III
- Fidalgo, M. (2000). NTP 704 *Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout”* (I): definición y proceso de generación. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- García, C., Buile, J., (2013). *Burnout en el personal de la Salud* (Tesis de Pregrado). Universidad CES. Medellín-Colombia

- Gil-Monte P. (1999) *Perpectivas y teóricas y modelos interpretativos para el síndrome de quemarse por el trabajo*. Murcia-España. Volumen 15
- Gil-Monte P. (2003) *Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?* Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones - 2003 Volumen 19, n.º 2 - Págs. 181-197. Madrid, España. ISSN: 1576-5962
- Hernández, J. (2003) Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*. La Habana Cuba. ISSN 0864-3466
- Jaramillo A. (2014) El médico IESS demanda más tiempo para atender citas. *El Comercio*. Quito- Ecuador
- Landazuri, J. (2011) *Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de Médicos y Enfermeras del Hospital Quito No. 1 Policía Nacional*. Universidad Central del Ecuador. Quito – Ecuador.
- Ley Orgánica de Servicio Público LOSEP, Capítulo II, Del Subsistema de Planificación del Talento Humano. De los contrato de servicios ocasionales Art. 58
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D., (2012). *Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social*. International Journal of Psychological Research,.
- Martínez, A. (2010). *El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Recuperado de:
<http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Masilla, F. (2001) *El síndrome de Burnout o síndrome de quemarse en el trabajo*. Recuperado de http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_5.shtml
- Mingote, A., Moreno, J., Galvez, M. (2004) *Medicina Clínica Desgaste Profesional y la Salud de los profesionales*. Madrid- España. ISSN 265.270
- Ministerio de Salud Pública, Modelo de Gestión, organización y funcionamiento (2015).
- Moreno, B. et al.(2001) *Desgaste profesional (burnout) Personalidad y Salud Percibida UAM*. Recuperado de:
<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Maitte, N.(2014). *Burnout síndrome*. Definición ABC. Recuperado de:

<http://www.definicionabc.com/salud/burnout-sindrome.php>

Ortega, C. y López, F. (2003). *El Burnout en los profesionales sanitarios*. ISSN: 1697-2600

Pascale, J. , Sabine S, Guy, L., Michel, R., Jan S., Troyer, M., kacenelenbogen, N., Offermans, J, Laurence, K., (2010) *Le burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge – supplément*. recuperado de

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_165b_burnout_des_medecins%20generalistes_supplement.pdf

Ramírez, M. (2015). *Burnout en Profesionales de la Salud del Ecuador* (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela – España.

Riech, M., Costa, C.D., Remor, E, (2015) *Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas*. Avances de Psicología Latinoamericana. Vol. 34. Bogotá-Colombia

Tardón, L. (2015) Turnos más de 12 horas. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2015/09/11/55f1d12e46163fd95a8b4595.html>

Tirado, D. (2012), *Enfermería Integral/Boletines Informativos*. Valencia-España.Temps Impresores

Tello, J., Samillán, G., (2010). Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2009 (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Valenzuela, A., (2010) *Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco*. (Tesis de Pregrado). Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Lima-Perú

Villacís, B., Carrilo, D. País Atrevido la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Quito-Ecuador 2012.

Villacís, B., Carrilo, D. Estadísticas Demográfica en el Ecuador Diagnóstico y Propuestas. *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Quito-Ecuador 2010

Yunga, J.L. Anuario de Estadísticas de Salud, Recursos y Actividades. *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC*. Quito – Ecuador 2014

ANEXOS

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: “Burnout en profesionales de la salud en el Ecuador”.

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL:

Información General

El propósito de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud en el Ecuador.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación.

La población objeto de estudio serán el personal de instituciones de salud, es decir médicos en servicio activo al igual de cualquier especialidad y enfermeras que se encuentre vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de la edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Beneficios de su participación:

Con este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional.

Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el Departamento y Titulación de Psicología de la UTPL.

¿Incurriré en algún gasto?

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTPL, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

Riesgos y molestias:

Éste es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en éste estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

Participación voluntaria:

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

Contactos para preguntas acerca del estudio:

Rocío Ramírez Zhindón mrramirez@utpl.edu.ec 37014777ext. 2773

.....

<p>NOTA: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará copia de éste documento.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto "Burnout en profesionales del Ecuador" y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos.

NOMBRE:

.....

FIRMA

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD
3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

Datos Laborales

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

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

<p>A1.¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1.¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2.¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2.¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3.¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4.¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><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 he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

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

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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