



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

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

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Soto Cárdenas, Jéssica Dayana

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

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Ruth Elizabeth Minga Vallejo

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

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

Loja, febrero 15 de 2018

F)



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Soto Cárdenas Jéssica Dayana declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en una institución de salud pública, ubicada en el sector norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017-2018 de la Titulación de Psicología siendo Ruth Elizabeth Minga Vallejo directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Autora: Soto Cárdenas Jéssica Dayana

Cédula: 1004049357

DEDICATORIA

La presente investigación es dedicada a mis padres Paúl Soto y Teresa Cárdenas por mostrarme el camino hacia la superación.

A mi esposo Christian, quien ha estado junto a mí, brindándome sus consejos, apoyo incondicional y paciencia, siendo el soporte necesario para mi desarrollo profesional. Su amor dio frutos y me ayudó a llegar donde estoy.

Principalmente la dedico a mi hijo Christian Paúl quien ha sido mi mayor motivación para no rendirme y poder ser un ejemplo para él.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a la Universidad Técnica Particular de Loja por abrirme sus puertas, a cada uno de mis docentes que me brindaron su conocimiento y herramientas para comprender y amar la psicología.

A mi directora de tesis Mgtr. Ruth Elizabeth Minga Vallejo y Dra. Marina del Rocío Ramírez Zhindon tutora de tesis, por brindarme su apoyo y guía en este proceso.

INDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUDITORÍA	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	5
1. MARCO TEÓRICO	5
1.1 Conceptualización del Burnout.	6
1.1.1 Desarrollo del término.....	6
1.2 Desarrollo y fases del Burnout	10
1.3 Consecuencias de Burnout.....	11
1.4 Modelos explicativos de Burnout	13
1.4.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	13
1.4.2 Modelos elaborados desde la teoría del Intercambio Social.	15
1.4.3 Modelos desarrollados desde la Teoría organizacional.....	17
1.4.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el trabajo	19
1.4.5 Modelo etiológico elaborado desde la Teoría Estructural.....	21
1.5 Prevalencia del Síndrome de Burnout.....	22
1.6 Importancia del Síndrome de Burnout.....	23
1.7 Variables asociadas al Síndrome de Burnout.	23
1.7.1 Variables Sociodemográficas y Sociolaborales.....	23
1.7.2 Variables profesionales u organizacionales.	24
1.7.3 Variables intrapersonales.	25
1.7.4 Variables ambientales	26
CAPITULO II.....	27
2 METODOLOGÍA.....	27
2.1 Objetivos.....	28
2.1.1 Objetivo General.....	28

2.1.2	Objetivos específicos.....	28
2.2	Preguntas de investigación.....	28
2.3	Contexto de la investigación.....	29
2.4	Diseño de investigación.....	29
2.5	Población y muestra.....	30
2.6	Procedimiento.....	31
2.7	Instrumentos.....	31
2.7.1	Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	31
2.7.2	Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS]....	32
2.7.3	Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).....	32
2.7.4	Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	33
2.7.5	Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)..	34
2.7.6	Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).....	35
2.8	Recursos.....	35
CAPITULO III.....		37
3	ANÁLISIS DE DATOS.....	37
3.1	Resultados obtenidos.....	38
3.2	Discusión de los resultados obtenidos.....	45
CONCLUSIONES.....		51
RECOMENDACIONES.....		53
BIBLIOGRAFÍA.....		54
4	ANEXOS.....	58

RESUMEN

En los últimos años el interés por investigar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud se ha incrementado debido a la carga excesiva de trabajo y el estrecho contacto con los pacientes que desencadena en estrés emocional en el trabajo. Es necesario identificar con rapidez el desarrollo de los principales síntomas del síndrome para poder actuar y prevenir daños físicos y psicológicos en los profesionales de la salud. La presente investigación identificó la prevalencia del Síndrome de Burnout en sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en médicos y enfermeras en una institución pública ubicada en la ciudad de Ibarra, durante el año 2017. Se evaluó a 18 médicos y 19 enfermeras a través de seis instrumentos: Cuestionario de Variables Sociodemográficas y Laborales (AD-HOC), Inventario de Burnout de Maslach (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario de Apoyo Social (MOS) y Cuestionario Revisado de Personalidad (EPQR). Se obtuvo principalmente un nivel bajo de realización profesional tanto para médicos y enfermeras. Se encontró una prevalencia baja de 5,3% del Síndrome de Burnout en enfermeras y una ausencia del síndrome en doctores que laboran en la entidad pública.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, realización profesional, profesionales de la salud

ABSTRACT

In recent years, the interest in investigating Burnout syndrome in professionals in the health area, has increased due to the work overload and close contact with patients, this produces high emotional stress at work. It is necessary to promptly identify the main symptoms that unleash in the development of this condition, thus being able to act and prevent physical and psychological damage in health professionals. This research identified the incidence of Burnout syndrome in its three dimensions: emotional weariness, depersonalization and personal accomplishment in doctors and nurses working in a public institution located in the Ibarra city, during the year 2017. Eighteen doctors and nineteen were evaluated with six instruments: Questionnaire of Sociodemographic and Labor Variables (AD-HOC), Maslach Burnout Inventory (MBI), Mental Health Questionnaire (GHQ-28), Multidimensional Assessment of Coping (BRIEF- COPE), Social Support Survey (MOS) and Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A). Obtaining a low level of personal accomplishment for doctors and nurses. A low prevalence of 5,3% of Burnout syndrome was found in nurses and an absence of the syndrome in doctors working in the public entity.

Keywords: Burnout syndrome, emotional weariness, depersonalization, personal accomplishment, health professionals.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales que trabajan en contacto directo con personas y tienen una alta carga laboral, acompañada de fatiga física y psicológica, en el día a día, siempre está latente la probabilidad de experimentar estrés laboral, como es el caso de los servidores de la salud.

En el 2013 la Organización Mundial de la Salud mencionó que a nivel mundial, entre el 5% al 10% de los trabajadores en vías de desarrollo sufren de estrés laboral (Gómez y Ruíz, 2014). El padecimiento crónico de estrés laboral desencadena en una patología llamado el Síndrome de Burnout o síndrome del trabajador quemado, este síndrome ha despertado un interés de investigación con el fin de analizar las causas, su prevalencia, manifestaciones, factores de riesgo, la prevención y ayuda a quienes lo padecen.

Un estudio de la prevalencia y causas de Burnout, realizado en Francia en el 2010 en médicos en formación en oncología del todo el país, arrojaron los siguientes resultados: 60% en agotamiento emocional y despersonalización dando una prevalencia del Burnout del 44%, encontrando nivel severamente anormal en los residentes (Blancharda et al. 2010 como se citó en Flor, Álvarez, y Honores, 2015).

Un estudio realizado en el Reino Unido en el 2013 sobre 564 médicos generales aplicando el Inventario de Maslach y Jackson, encontró que el 46% de los profesionales presentaron altos niveles de cansancio emocional, 42% presentaron síntomas de despersonalización y el 34% síntomas de falta de realización personal (s.f, 2013 como se citó en Cialzeta, 2013). Otro estudio realizado por la Universidad Nacional de Córdoba en 141 profesionales de la salud de un hospital general para determinar la prevalencia de Burnout utilizando el cuestionario Breve de Burnout, determinó una prevalencia del 44% (Cialzeta, 2013).

A nivel local un estudio realizado en el Hospital Gilbert de la ciudad de Guayaquil a 155 médicos en donde se aplicó el Inventario de Maslach encontró una prevalencia baja de Burnout pero los perfiles encontrados con el síndrome presentaron potenciales niveles de riesgo psicosociales (Flor, Álvarez, y Honores, 2015). La afección del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud puede desencadenar graves problemas psicosociales, es importante realizar más investigaciones a nivel local para determinar la prevalencia y sus principales estrategias de afrontamiento, para luego crear planes preventivos y curativos en estos profesionales.

La presente investigación busca ser un aporte para la determinación del Síndrome de Burnout en tres dimensiones que son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Esta investigación consta de tres capítulos principales: marco teórico, metodología, y el análisis de datos. En el primer capítulo de marco teórico hace una recopilación histórica de las definiciones del Síndrome de Burnout. Desde los años 70 a la década del 2010, importantes investigaciones ha realizado aportes en donde no hay una definición unánime acerca del síndrome sino más bien un consenso en la aparición del Burnout en el trabajador como consecuencia al estrés laboral crónico causando un deterioro cognitivo y somático en las personas laboralmente activas.

En el segundo capítulo se desarrolla la metodología que se utilizó para la presente investigación, utilizando estadística descriptiva-transversal con las siguientes características: cuantitativa, no experimental y transaccional. La investigación buscó identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización) en médicos y enfermeras en una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Ibarra durante el año 2017. La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental tomando a 37 trabajadores de la salud (18 médicos y 19 enfermeras).

En el tercer capítulo se trató el análisis de los datos de acuerdo a los resultados encontrados en las características sociodemográficas y laborales, la evaluación de los profesionales en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout utilizando el Inventario del Síndrome de Burnout (MBI), las estrategias de afrontamiento para el estrés laboral,

Los resultados que arroja la investigación buscan identificar la prevalencia y los niveles de las tres dimensiones del síndrome de los profesionales de salud y que sirva como herramienta para la creación de una planeación estratégica a fin de minimizar los efectos psicosociales y mejorar el ambiente laboral dentro de la institución de salud. En la discusión de los resultados se establecieron relaciones con otros estudios, para luego poder dar respuestas justificadas a las preguntas de la investigación.

Sobre el cumplimiento del objetivo se encontró una prevalencia baja del 5,3% del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y la dimensión más influyente fue la baja realización personal con el 42,1% esto debido al perfil de licenciatura que poseen, teniendo una jerarquía menor frente a un médico.

CAPITULO I.

MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptualización del Burnout.

1.1.1 Desarrollo del término.

1.1.1.1 Definiciones de las décadas de 1970.

A partir de la década de los setenta el Síndrome de Burnout empezó a ser tema de estudio a causa de las realidades ocurridas por el estrés en los diversos profesionales, por lo que en el año de 1974, Herbert Freudenberg, psicólogo estadounidense fue uno de los primeros en estudiar las sintomatologías del desgaste profesional y posteriormente llevar a cabo el estudio sobre el Burnout, fue la primera persona en utilizar dicho término, para así, poder describir los síntomas desarrollados en el personal de la salud como resultado del excesivo trabajo y estrés al que están sometidos en su día a día, ya que después de un lapso de aproximadamente tres años declinaban en su trabajo: sentían pérdida gradual de energía, desmotivación por el trabajo, síntomas de angustia, depresión, como nos lo manifiesta los siguientes autores:

El Síndrome de Burnout es “La sensación de frustración y una existencia agotada que deriva de un exceso de exigencias diarias de energía, recursos personales y/o fuerza espiritual del trabajador”. (Freudenberg, 1974, como se citó en Fidalgo, 2000)

Otro estudió lo denominaba "pérdida de responsabilidad profesional", así, desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona. Para Maslach el Síndrome de Burnout se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda (por ejemplo, entre los sanitarios y educadores que prestan servicio al público). Son las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer las que producen la vivencia de fracaso personal, tras invertir al trabajo de una carga emocional excesiva (Maslach, 1976, como se citó en Fidalgo, 2000).

Posteriormente con dichas investigaciones, al síndrome se lo define como el resultado del estrés laboral excesivo que aparece especialmente en los profesionales de organizaciones de ayuda comunitaria.

Frente a lo indicado podemos manifestar que este síndrome afecta en mayor grado a la población de profesionales dedicados a la ayuda como: médicos, enfermeros, bomberos, policías, los cuales generan una actitud obsesiva frente a su trabajo y el resultado es depresión, apatía, desilusión, supresión de sentimientos, pérdida de valores, modificación del autoconcepto, pérdida de la creatividad, distracción, absentismo, desorganización, evitación de decisiones, aumento en el consumo de cafeína, alcohol, tabaco y drogas, evitación de contactos y evitación personal, entre otros, manifestándose así el Síndrome de Burnout.

1.1.1.2 Definiciones de las décadas de 1980.

Posteriormente en la década de los 80 se la define de la siguiente manera:

Cherniss (1980) lo define como “Cambios negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o excesivas demandas”.

El mismo autor Cherniss (1980) precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

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

Maslach y Jackson (1981) (como se citó en Mansilla, s.f.) consideraron que es una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo.

Fischer (1983) consideró el Burnout como el resultado del trauma narcisista que conlleva a una disminución en la autoestima de las personas..

Cronin-Stubbs y Rooks (1985) (como se citó en Moreno, González, y Garrosa, 2001) lo presentaban como “una respuesta inadecuada, emocional y conductual, a los estresores ocupacionales”.

Por su parte Pines y Aronson (1988) (como se citó en Fidalgo,s.f) manifiesta que “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”.

Con estos antecedentes, se comprende que el Síndrome de Burnout perjudica sustancialmente la salud de los profesionales, ya que la persona lleva consigo una sobrecarga emocional, mental y física, los cuales desencadenan sentimientos de baja autoestima, despersonalización falta de realización personal y profesional los cuales derivan un gran número de problemas personales y sociales .

Razón por la que se define el Síndrome de Burnout como un estado de extremo cansancio físico, emocional y mental, lo cual va de la mano con una disminución sustancial del rendimiento diario. Este afecta principalmente a personas con profesiones sociales como, cuidador de adultos mayores, trabajadores de la salud, maestro, etc.

Con el paso del tiempo el término Burnout hace referencia principalmente a los síntomas presentados por los profesionales afectados a causa de excesiva carga laboral o la obsesión al trabajo, elementos desencadenantes de un episodio crónico de estrés laboral que afectan principalmente a las personas que tienen contacto a lo largo de sus carreras con personas en situación de riesgo y vulnerabilidad.

1.1.1.3 Definiciones de las décadas de 1990.

Mingote y Pérez Corral (1999, p.43) consideraron “el síndrome de desgaste profesional como el resultado de un fracaso adaptativo e individual por deterioro y agotamiento físico, mental y psicológico para el afrontamiento de las demandas que exige el trabajo con personas en situación de vulnerabilidad”.

Gil-Monte y Peiró (1999) manifiestan ciertos modelos psicosociales para el estudio del Síndrome de Burnout y lo definen como el resultado al estrés laboral percibido ante el exceso laboral, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no se muestran eficaces para reducir dicho estrés.

Ya que no existe una definición unánime acerca del síndrome, sí existe un consenso que manifiesta que dicho síndrome aparece en el trabajador como consecuencia al estrés laboral crónico. Este causa deterioro cognitivo y somático en las personas laboralmente activas.

1.1.1.4 Definiciones de las décadas del 2000.

Algunos de los autores que se ha interesado en el Síndrome de Burnout son:

González (2003) el cual define este síndrome como un trastorno adaptativo producido por estrés laboral crónico que inmoviliza e impide la reflexión serena y la capacidad de organización. Mientras que Gil-Monte (2004, p.04) nos manifiesta que con el pasar del tiempo, el agotamiento profesional ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico, que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios en la comunidad así como: médicos, profesionales de enfermería, maestros, policías, trabajadores sociales, etc.

1.1.1.5 Definiciones del Burnout desde las décadas del 2010 hasta la actualidad.

Con todo lo anteriormente estudiado sobre el Burnout los siguientes autores lo definen y caracterizan de la siguiente manera:

“Se considera al estrés laboral como una interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo y al Síndrome Burnout, como resultante del estrés crónico caracterizado por agotamiento, despersonalización y baja realización personal” (Valdiviezo y López, 2017, p.30).

Vivimos en la época donde la jornada semanal es la más reducida, dando un poco más de tiempo para el descanso y el ocio, pero a pesar de esto el estrés del día a día se ha transformado notablemente en una gran amenaza para la salud física y psicológica de los profesionales comunitarios. El problema que más a afectado es el Burnout, ya que es en sí estrés laboral crónico y especialmente contagioso que lleva consigo fuertes problemas para los afectados y los que le rodean (Bosqued, 2008, p.11).

1.2 Desarrollo y fases del Burnout

El Síndrome de Burnout es la afectación que el profesional sufre a causa de la excesiva carga de trabajo, se puede manifestar física y/o psicológicamente, cada persona lo manifiesta y desarrolla a su ritmo, por lo que ningún caso será exactamente igual a otro.

Se han fijado cinco fases por las cuales atraviesa el profesional hasta llegar a adquirir el Síndrome de Burnout, según Edelwich (1980), está establecido de la siguiente manera:

- a) Etapa de entusiasmo.- el profesional experimenta una fase positiva, estimulante, en la cual los inconvenientes laborales se los ve como algo controlable. Tienen alto grado de expectativas, energía y aspiraciones.
- b) Etapa de estancamiento.- Inicia cuando las expectativas de trabajo no se cumplen y las labores se ven como algo complicado de conseguir.
- c) Etapa de frustración.- Se siente desilusionado, a partir de aquí empiezan los problemas físicos y/o psicológicos.
- d) Etapa de apatía.- Se produce conformismo ante la imposibilidad de cambiar las cosas mostrando una actitud evitativa.
- e) Etapa de Burnout.- Es el momento en el cual el cuerpo colapsa orgánica y psicológicamente, poniendo en peligro el empleo y así desarrollando una gran pérdida de compromiso hacia el trabajo.

Los autores Piñuel y García (2015) describen este proceso en 4 fases:

- a) Inicial o de entusiasmo.- Se tiene altas aspiraciones, energía positiva y sentir que todo se puede.
- b) Intermedia o de Estancamiento.- Después de ver que no es como se lo imaginaba empieza la frustración.
- c) Daño primario o frustración.- Surgen problemas físicos y/o psicológicos
- d) Daño secundario o apatía.- Se llega a la apatía como mecanismo de defensa a la frustración del individuo.

En las dos últimas fases se producen una serie de efectos dañinos y nocivos del Burnout para aquellos que conviven con el trabajador quemado.

El Síndrome de Burnout empieza a afectar al profesional estresado el cual está rodeado de estresores de toda índole sobre todo laboral, causando una pérdida total o parcial del compromiso hacia el trabajo

Segura y Badía (2003) (como se citó en El-Sahili, 2009, p.40) describe el proceso en dos fases. La primera es leve, empieza con un sentimiento de ansiedad, la cual desencadena en el ámbito laboral complicaciones para concentrarse, agotamiento, irritabilidad; en el ámbito familiar se manifiesta con cefáleas, falta de sueño y desatención a los deberes del hogar. La segunda fase es ya el estado grave, está es la fase aguda del síndrome, disminuyendo significativamente el rendimiento, en el cual invade una sensación de frustración total, apatía, desesperanza, despersonalización y nuestra mente queda bloqueada..

Farber (1991) (como se citó en Paula, 2007, p. 41) menciona seis fases las cuales desencadenan el síndrome las cuales son:

- Entusiasmo y dedicación.- Inician su vida laboral con mucha ilusión.
- Frustración e ira.- Es la reacción a los aspectos estresantes lo cuales limitan su predisposición de seguir laborando acertadamente.
- Inconsecuencialidad.- Sentimientos de desigualdad entre el trabajo realizado vs las recompensas adquiridas.
- Abandono del compromiso e implicación en el trabajo.- Desobliga ante las actividades laborales diarias.
- Vulnerabilidad personal.- Comienzan a manifestarse los síntomas físicos y psicológicos.
- Agotamiento y descuido.- Disminución en la calidad de trabajo, deseo de renunciar y faltas constantes .

Finalmente, este mal sería una reacción hacia el erróneo modo de afrontamiento frente al estrés laboral. Inicia con trabajo excesivo y si no recibe la ayuda necesaria finaliza con sintomatología física y psicológica que surgen a partir de la despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional.

1.3 Consecuencias de Burnout

El Síndrome de Burnout es la reacción al estrés laboral crónico, el cual se desencadena al no ocupar las estrategias adecuadas de afrontamiento.

Fernández (2013) manifiesta que las consecuencias se presentan de las siguientes maneras:

- Deterioro cognitivo.- Empieza los sentimientos de fracaso y desilusión profesional al no cumplir las expectativas del trabajo.
- Deterioro afectivo.- Pérdida progresiva de energía y vitalidad que va de la mano con la inestabilidad laboral y el agotamiento que día a día producen los factores causantes del estrés.
- Deterioro actitudinal.- Sensación de impotencia, abandono, desesperanza, apatía.

Los síntomas tienen consecuencias para la institución de trabajo como son:

- Reduce la capacidad y predisposición para laborar.
- Falta de compromiso
- Falta de rendimiento
- Desmotivación
- Abandono del lugar de trabajo
- La cantidad y calidad de los servicios prestados se ven afectados negativamente
- Apatía hacia el trabajo
- Acrecientan la inconformidad y las quejas de los clientes
- Malas relaciones interpersonales
- Insatisfacción laboral
- Absentismo

Todo esto afecta negativamente a la empresa, ya que conllevan una pérdida de costos ya sean directos o indirectos.

Según manifiestan González, Lacasta, y Ordóñez (2008) las consecuencias familiares se manifiestan en tres aspectos primordiales:

- Deterioro de la vida familiar.- La persona afectada sentirá tensión lo que desencadena posibles peleas; el agotamiento físico y mental repercutirá en el tiempo libre para compartir con la familia y algo muy importante que se da a menudo es la incomunicación (asume que de esa manera los aleja y protege de los problemas laborales que está experimentando).
- Deterioro de la vida en pareja.- En este sentido el desahogo emocional se proyecta en la pareja, añadiendo que una mala comunicación sexual aumenta los problemas conyugales.

- Deterioro de relaciones sociales.- A causa del alejamiento social y los cambios de humor.

Como se pudo observar las consecuencias son múltiples y por lo general están relacionadas entre sí. Dichas consecuencias afectan al profesional tanto en el ámbito laboral, de la salud como familiar.

1.4 Modelos explicativos de Burnout

Son diversos los modelos existentes los cuales nos hablan sobre las causas y consecuencias del Síndrome de Burnout, autores como Napiore (2011) nos señalan que estos modelos inician de la Psicología Social y de la Psicología de las Organizaciones.

Los modelos basados en la Psicología Social nos dice que existe profesionales con cansancio frente al entorno laboral, esto lleva consigo una sensación de frustración laboral experimentado con las personas que lo rodean en su contexto profesional.

Los modelos basados en la Psicología de las Organizaciones destacan la importancia de los factores que causan estrés dentro de la institución y las formas de afrontamiento utilizadas ante la posibilidad de “quemarse” .

1.4.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva

Estos modelos provienen de la ideas de Albert Bandura el cual supone que los conocimientos del ser humano interviene en como este percibe las situaciones y como actúa.

Dentro de esta categoría encontramos modelos como:

1.4.1.1 Modelo de competencia Social de Harrison.

Los factores primordiales son competencia y eficacia percibida. La motivación es un factor principal para determinar la eficacia del profesional en el camino hacia los objetivos laborales, un efecto de mayor motivación, mayor eficacia laboral. Entre menos dificultades encuentre el profesional la efectividad aumentará desencadenando un sentimiento positivo de competencia social.

Este autor manifiesta que la mayoría de los profesionales experimentan dos aspectos: estamos motivados o a su vez desmotivados, por esto es que cuando una persona empieza a trabajar experimenta un alto grado de motivación y de trabajo en equipo, pero conforme avanza el tiempo habrá situaciones que frustren las metas lo cual desencadena sentimientos de fracaso y desgano en el ámbito laboral y posteriormente personal. Cuando el individuo muestra una alta motivación, los resultados se manifiestan como positivos, ya que muestra eficacia, por otro lado, cuando muestra una baja motivación se verá reflejado en un bajo rendimiento laboral, y automáticamente la sensación de eficacia y competencia disminuirá considerablemente, y si la situación sigue su curso se presentará el Síndrome de Burnout.

1.4.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Este autor señala al estrés de rol como un factor importante para anticipar el desgaste laboral. La autoeficacia es fundamental, ya que compensa cualquier incapacidad del profesional desarrollando sentimientos de competencia o logro personal, esto depende de la capacidad de afrontamiento en situaciones complicadas. (Cherniss 1993 como se citó en Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009, p.158)

Partiendo de esto se entiende que cuando el profesional es independiente y también exitoso la sensación de autoeficacia se consolida por lo que experimentan menos estados de estrés y ansiedad en momentos complejos, consecuentemente estos profesionales son los menos propensos a padecer el Síndrome de Burnout, ya que están seguros de su capacidad de afrontamiento, por el contrario cuando no están seguros se llega a un fracaso en las metas idealizadas produciendo malestar psicológico y si no es tratado adecuadamente el consecuente será el Síndrome de Burnout.

1.4.1.3 Modelo de Pines.

Según Pines (1993) (como se citó en Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009, p.10) "las personas idealistas trabajan duro porque esperan que el trabajo haga que sus vidas tengan sentido a largo plazo y aporte significado a su existencia".

El desgaste laboral se dá como reacción ante el sentimiento de frustración desencadenado por las metas idealizadas que no se pudo lograr. Es por esto que cuando el profesional tiene altas expectativas profesionales es más propenso a padecer el Síndrome de Burnout que aquel que tiene un sentido de existencia nulo; es así que si el profesional no tiene una alta motivación y bajo compromiso laboral no llegará a presentar síntomas tales como estrés, ansiedad, cansancio, por lo cual no tiene posibilidades de desarrollar el Síndrome de Burnout.

1.4.1.4 Modelo de Thompson, Page, Cooper.

La variable principal la cual determina si se desarrolla o no el Síndrome de Burnout es la autoconfianza laboral. (Thompson, Page y Cooper, 1993 como se citó en Carlin, 2014)

El incumplimiento de logros laborales, en el caso que se posea adecuados niveles de autoconciencia, autoconfianza y autocontrol conlleva a que el profesional utilice adecuadamente los mecanismos de afrontamiento los cuales se activan frente a situaciones amenazantes, de tal forma que su objetivo principal es reducir al mínimo el riesgo percibido.

1.4.2 Modelos elaborados desde la teoría del Intercambio Social.

Conforman principalmente los principios de la teoría de la equidad y la teoría de la conservación las cuales manifiestan que en el Burnout se percibe notoriamente la falta de equidad en el ámbito laboral, es decir, cuando realizamos una comparación social y sentimos que damos más de lo que recibimos, esta es una de las causas principales del desarrollo del Síndrome de Burnout. (Carlin, 2014)

1.4.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli.

Tiene su etiología en la sensación de falta de equidad que desarrollan los profesionales después de realizar una comparación social en las relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo. Estos sentimientos de inequidad quedan al descubierto cuando el profesional tiene la sensación que está aportando mucho más de lo que recibe por parte de la empresa. Por otro lado el sentimiento de equidad se relaciona sustancialmente con el bienestar general del profesional. (Bunnk y Schaufeli, 1999 como se citó en Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009, pp. 11-12)

Como se mencionó anteriormente la percepción de inequidad se presenta cuando existe un desbalance entre lo que doy frente a lo que recibo, de la mano va la comparación social de sí mismo en contraste con sus compañeros de trabajo.

Las profesiones que tienen que ver directamente con el ámbito de la ayuda social o la salud está acompañada de altibajos, ya que se debe estar preparado para lidiar física y psicológicamente con el paciente y su enfermedad, los profesionales también se ven frustrados ante los cambios de humor de los pacientes los cuales se muestran preocupados, estresados, ansiosos, razón por la cual el profesional debe estar preparado para mantener una comunicación gratificante. Estos profesionales se niegan a pedir la ayuda requerida ya que temen ser señalados como incapaces e ineficaces, el consecuente por no pedir la ayuda social necesitada es que se muestran estresados, ansiosos, aislados e impotentes.

1.4.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

El estrés se exterioriza en el instante en que el profesional siente una amenaza frente a aquello que lo motiva y si no es afrontado adecuadamente puede presentarse el Síndrome de Burnout. El modelo de conservación de recursos nos indica que la manera de disminuir el síndrome es aumentando los recursos de los profesionales, y así, descartar la posibilidad de perderlos. También se debe hacer el máximo intento en modificar la forma de afrontamiento por la más adecuada con la finalidad de reducir el estrés y la ansiedad percibidos. Las estrategias de afrontamiento de tipo "activo" son las que se utilizan en este modelo con la finalidad de prevenir el Síndrome de Burnout (Martínez, 2010).

Según Fredy (1993) (como se citó en Gil-Monte y Peiró, 1999), el estrés inicia cuando los profesionales perciben como amenaza aquello que los motiva. Para prevenir los síntomas asociados con el Síndrome de Burnout se debe optar por poner énfasis en la obtención de recursos los cuales ayuden a un desempeño eficiente en el trabajo. Cuando los profesionales disminuyen la pérdida de recursos y más bien refuerzan los que ya posee, sus percepciones y pensamientos darán un giro positivo. Como resultado reducirá los niveles de estrés y ansiedad percibidos por los profesionales de la salud, haciendo casi nula la adquisición del síndrome antes mencionado.

1.4.3 Modelos desarrollados desde la Teoría organizacional.

Tienen como antecedentes las disfunciones del rol, falta de salud organizacional, estructura, cultura y ambiente organizacional.

Según Gil-Monte y Peiró (1999) “Son modelos identificados por resaltar el importante valor de los estresores del contexto de la organización, y de las estrategias de afrontamiento utilizadas frente a la experiencia de quemarse”.

1.4.3.1 Modelo de fases de Golembiewsky, Munzenrider y Carter.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) (como se citó en Aguirre y Marsollier, 2007) sostienen que “la despersonalización (cinismo) es el primer indicador del Burnout, le sigue la ineficacia (baja realización personal) y finalmente, emerge el agotamiento emocional.

El exceso de trabajo y por ende el estrés laboral son los desencadenantes del Síndrome de Burnout. Cuando este llega a desarrollarse comienza a salir a flote las consecuencias como son pérdida total o parcial de autonomía, pérdida total o parcial de autocontrol, baja autoestima, cansancio, irritabilidad.

Posteriormente lo que el estrés provoca es que se desarrollen técnicas de afrontamiento que pueden provocar un alejamiento médico-paciente lo cual puede acarrear despersonalización, aislamiento, cinismo, etc.

El profesional intenta solucionar los contextos negativos, pero con la sobrecarga laboral permanente no lo logra, es ahí cuando llega a tratar a los demás de una manera déspota y poco empática. Posteriormente el profesional experimentará una baja realización personal y laboral. Finalmente se producirá pérdida de productividad, problemas orgánicos y/o problemas psicológicos.

1.4.3.2 Modelo de Winnubst.

Enfatiza lo importante del clima laboral, cultura y estructura como variable primordial del desarrollo del síndrome, el cual está causado por el agotamiento físico y/o emocional producto de la rutina, monotonía y/o exceso de trabajo (Winnubst, 1993 como se citó en Gil Monte, 2005).

Por lo tanto el Síndrome de Burnout no ataca únicamente a los trabajadores de la salud si no también profesionales de otras ramas. Este modelo se centra en la estructura organizacional y el apoyo social como factores que preceden el Síndrome de Burnout

Winnubst (1993) crea su modelo basándose en los siguientes supuestos:

- Toda estructura organizacional posee un sistema de apoyo social, al ser este competente se ajusta adecuadamente a ese tipo de estructura.
- Los sistemas de apoyo social se desarrollan acorde a la interdependencia del clima laboral, por lo cual estos pueden ser conservados y/o perfeccionados mejorando así el ambiente laboral.
- Toda organización se rige a partir de criterios éticos provenientes de los valores sociales y culturales de la organización misma.
- Los criterios éticos se encargan de predecir en que cantidad la organización provoca en sus miembros estrés y ansiedad que son los causantes principales para el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Así pues el apoyo social es primordial para hacer cualquier cambio estructural en la organización, por lo cual es una variante importante en el desarrollo o no del Síndrome de Burnout, partiendo del hecho de que para poseer una estabilidad psicológica adecuada influye en gran medida el medio en el que el profesional se desenvuelve, al estar este en óptimas condiciones, hay poca posibilidad de se desarrolle algún tipo de agente estresor, quedando en casi nula la probabilidad de desarrollar dicho síndrome.

1.4.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Cox, Kuk y Leiter (1993) (como se citó en Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009, p.14) quienes consideran que el modo de afrontamiento adecuado ante situaciones estresantes son determinantes para el surgimiento de sentimientos de realización laboral, los cuales dan como resultado una sensación de bienestar personal, laboral y hasta familiar.

Estos autores definen al Burnout como episodios de estrés laboral afectando mayoritariamente a los profesionales de servicios humanos y de salud. Según su modelo, el síndrome se desarrolla cuando el modo de afrontamiento no es el indicado y se considera ineficiente, también se presentan variables como agotamiento físico y/o psicológico, estrés y ansiedad.

Señalan también que la sensación de agotamiento emocional es el pilar fundamental del Síndrome de Burnout y del hecho mismo de sentirse quemado o gastado. Finalmente el sentimiento de realización personal y laboral tendría una actividad reguladora en las respuestas frente al cansancio emocional, el cual es afrontado con actitudes de despersonalización.

1.4.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el trabajo

El Síndrome de Burnout se presenta por una discrepancia entre las demandas laborales y los recursos personales. Cuando el proceso del síndrome sigue su curso llega a producir baja realización personal como consecuencia de métodos de afrontamientos erróneos o nulos frente a situaciones laborales estresantes.

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

Maslach y Jackson (1986) (como se citó en Carlin, 2014) como su nombre mismo lo indica son tres las dimensiones por las cuales atraviesa el profesional, las cuales son:

- Agotamiento emocional.- Se refiere al cansancio y ausencia de energía.
- Despersonalización.- Es el modo de afrontamiento que previene al profesional de la desilusión y agotamiento.

- Baja realización personal y laboral.- El profesional forma un autoconcepto negativo junto a sentimientos de fracaso, inseguridad, incapacidad y desconfianza en sus labores diarias.

1.4.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.

Edelwich y Brodsky (1980) (como se citó en Napiore, 2011, p.72) consideran que el Síndrome de Burnout es un proceso de desesperanza o desilusión hacia los deberes laborales. Este modelo incluye 4 fases:

- Fase de entusiasmo.- Inicia con altas expectativas frente al nuevo lugar de trabajo las cuales suelen ser irreales, en esta etapa el profesional se siente motivado por lo que en ocasiones trabajan horas extras voluntariamente.
- Fase de estancamiento.- Empieza el momento en el que las expectativas sobre el trabajo no se cumplen y los objetivos se perciben como complicados e imposibles.
- Fase de frustración.- El profesional duda de sus capacidades para desempeñar eficazmente su trabajo presentando apatía y poco interés. Se empiezan a manifestar los problemas psicológicos y fisiológicos.
- Fase de apatía.- Tiene que ver con el distanciamiento laboral, indiferencia, evitación y falta de interés, estos factores producen un sentimiento de vacío y de desprecio

Entonces, para dichos autores el Síndrome de Burnout inicia el momento en que el profesional no cumple sus expectativas las cuales pueden ser irreales y si no se busca la ayuda necesaria finalizará presentando el síndrome el cual se manifiesta con agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el ámbito laboral.

1.4.4.3 Modelo de Price y Murphy.

Este modelo está fundamentado en métodos adaptativos frente al estrés. Se presenta en varias etapas sintomáticas como son: aturdimiento, fragilidad emocional, culpa por la sensación de fracaso laboral, aislamiento y desolación, y posteriormente solicitud de ayuda y equilibrio (Price y Murphy, 1984, como se citó en Ruiz, 2016, p.27).

Las sintomatologías antes mencionadas podrían ayudar a que el profesional adquiriera nuevas y mejores maneras de afrontamiento, obteniendo así el balance adecuado. Al llegarse a desarrollar el Síndrome de Burnout la empresa pierde un trabajador a causa de los agentes estresores del ambiente y dificultades que limitan al logro de objetivos planteados.

Las actividades sedentarias, ambiente laboral hostil, desorientación, falta de motivación, estrés en crecimiento, poco interés en el trabajo, desmotivación y falta de compromiso pueden provocar un modo de afrontamiento erróneo frente a las dificultades laborales que pueden presentarse.

1.4.5 Modelo etiológico elaborado desde la Teoría Estructural

Este modelo tiene presente los antecedentes personales, laborales y sociales. Se fundamentan en modelos transaccionales, lo cual plantea que el estado de estrés es el resultado de un escaso balance de la percepción entre las exigencias de la persona misma y la capacidad de afrontamiento.

Según Gil-Monte y Peiró los estresores organizacionales son percibidos por el profesional el cual deberá utilizar estrategias de afrontamiento para superarlos, si por el contrario no utilizamos o lo hacemos mal, las consecuencias son desarrollar el Síndrome de Burnout. Sus efectos en el ámbito personal pueden manifestarse con problemas de salud y en el ámbito organizacional el posible abandono de trabajo o hacer las actividades laborales con poco interés y mal, el ámbito social también se vería afectado de manera que la persona se aisle (Gil-Monte y Peiró, 1997, como se citó en Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009, p.19).

El desarrollo del síndrome inicia con sentimientos de baja ilusión en el trabajo y paralelamente baja realización personal. Es una respuesta al estrés crónico laboral percibido llevando consigo deterioro emocional caracterizado por altos niveles de agotamiento físico y psicológico manifestándose con conductas negativas hacia los clientes y compañeros de trabajo, actitud distante mostrando indiferencia, posteriormente aparecen sentimientos de culpa. Vale la pena recalcar que cada caso es único por lo que síntomas y modos de afrontamiento sean estos correctos o incorrectos dependerán de las particularidades del profesional y el contexto en el que se desarrolla.

Finalmente podemos determinar que los modos de afrontamiento erróneos frente a los estresores laborales son los que provocan sentimientos de baja realización, desmotivación, cansancio físico y psicológico, desencadenando con estos síntomas un ambiente hostil en el lugar de trabajo afectando de esta manera a sí mismo y a las personas que le rodean.

1.5 Prevalencia del Síndrome de Burnout.

Según los variados modelos explicativos del Síndrome de Burnout se han realizado algunos cuestionarios para evaluar este constructo siendo el más utilizado el “Maslach Burnout Inventory” (MBI).

El Síndrome de Burnout según Cárdenas (2013) en su estudio sobre el Síndrome de Burnout en los profesionales de áreas críticas del Hospital del IEES en Ambato-Ecuador, encontró que:

- En relación con la profesión el Burnout prevalece en profesionales de enfermería en contraste con los médicos.
- Los hombres puntúan más alto en cansancio emocional de forma estadísticamente significativa.
- Los hombres tienen mayores puntuaciones en falta de realización personal pero en esta no presenta una significativa diferencia estadística.
- La prevalencia disminuye con relación a mayor edad.
- Con respecto al estado civil son más propensos los solteros, divorciados o viudos que los casados o unión de hecho, pese a que no existe una diferencia significativa estadísticamente.
- Otra variable estudiada en esta investigación es el centro de trabajo el cual ha reflejado que en el área de Emergencia hay mayor desgaste y en la Unidad de Cuidados intensivos menor desgaste.

Los profesionales en este estudio poseen algunas variantes que influyen en la aparición del desgaste laboral, mostrando que es de suma importancia la motivación intrínseca de este personal, que al manejarse adecuadamente conlleva a que el profesional se identifique más con la institución donde labora, manteniendo así un compromiso subjetivo superando de esta manera los obstáculos concernientes a motivación extrínseca como por ejemplo el salario.

1.6 Importancia del Síndrome de Burnout.

La importancia radica en que este trastorno afecta al profesional a nivel físico, psicológico y social, pudiendo llegar a incapacitarlo laboralmente. Son profesionales de la salud quienes son más vulnerables a padecer el Síndrome de Burnout ya que en esta área están expuestos a factores predisponentes.

El Burnout es caracterizado por ser uno de los motivos principales del abandono laboral y absentismo principalmente, daña la salud de aquel que lo padece. Cada vez crece en gran medida los profesionales que desarrollan este síndrome. Este es un problema de salud que está afectando a nuestra sociedad.

Es de suma importancia los estudios sobre todo longitudinales de este síndrome para así poder valorar el impacto a corto, mediano y largo plazo de las intervenciones en pro del alivio del síndrome. Gracias a los estudios realizados se puede hacer visible la importancia de la prevención y tratamiento oportuno, esto para prevenir daños a la salud y fortalecer el buen funcionamiento del sistema sanitario público.

1.7 Variables asociadas al Síndrome de Burnout.

Como explica Useche (2008) las variables las podemos definir de la siguiente manera:

1.7.1 Variables Sociodemográficas y Sociolaborales.

- Sexo.- Maslach y Jackson (1981) (como se citó en Moriana y Herruzo, 2004) señala que las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional frente a sus pares hombres.
- Estado civil.- Las investigaciones muestran que los profesionales casados o en unión de hecho presentan menores niveles de Burnout que sus pares solteros, viudos o divorciados (Cárdenas, 2013, p.48).
- Edad.- A mayor edad mayor nivel de autoeficacia laboral (Cárdenas, 2013, p.48).
- Variable sociolaboral.- Interviene la antigüedad del empleo, a más años de antigüedad mayor es el riesgo de padecer Burnout (Gil-monte y Peiró,

1997;McDeemott, 1984; Pines y Maslach, 1978 como se citó en Vilorio, Paredes, y Paredes, 2003).

1.7.2 Variables profesionales u organizacionales.

Son las variables intrínsecas a la organización y juegan un papel importante en la interacción continua de trabajador-trabajo. Estas pueden ser:

- Negatividad hacia el trabajo.- resultado de interacciones mal llevadas con compañeros de trabajo.
- Inadecuación profesional.- Ayuso y López (1993) (como se citó en Useche, 2008, p.20) manifiestan que al no adaptarse adecuadamente el perfil profesional y personal con el perfil a desempeñar está más expuesto a padecer el síndrome.
- Exigencias de trabajo.- Relacionada con la sobrecarga de trabajo. A mayores exigencias mayor es la probabilidad de desarrollar el síndrome (Sarros, 1988 como se citó en Useche, 2008, p.21).
- Conflicto y ambigüedad de rol.- Es la falta de control con respecto al rol que se desempeña y lo que sus supervisores esperan que desempeñe. A mayor ambigüedad de rol mayor probabilidad del desarrollar el síndrome (Gil y Piero, 1996 como se citó en Useche, 2008, p.21).
- Recompensas.- Al sentirse el profesional valorado basicamente se tiene un escudo contra el Burnout (Edelwich y Bronsky, 1980 como se citó en Useche, 2008, p.22).
- Apoyo organizacional.- Apoyo que viene directo de la organización y sus empleados. A menor apoyo mayor predicción de Burnout (Maslach y Jackson, 1984 como se citó en Useche, 2008, p.22).
- Expectativas de trabajo.- Se refiere a si cumple o no las metas preestablecidas, conforme disminuye la probabilidad de cumplirlas mayor será el riesgo de padecer el síndrome (Gann, 1979 como se citó en Useche, 2008, p.22).
- Relaciones con los compañeros.- Cuando más hostil se encuentra el clima laboral más probabilidad hay de padecer Burnout (Sandoval, 1993 como se citó en Useche, 2008, p.23).
- Rigidez organizacional.- Cuando la organización es muy estricta con lo preestablecido y no da pie a improvisar o tomar decisiones.

- Estresores económicos.- Mientras mayor es el miedo a perder el trabajo mayor es la vulnerabilidad de padecer agotamiento emocional (Wade, Cooley y Savicky, 1986 como se citó en Useche, 2008, p.23).
- Satisfacción laboral.- Cuando esta no existe obligatoriamente esta presente el síndrome (Ashforth, 1993 como se citó en Useche, 2008, p.23).
- Adicción al trabajo.- Las personas que ponen su trabajo por encima de familia y amigos son más propensos a padecer el síndrome (Nagy y Davis, 1985 como se citó en Useche, 2008, p.23).
- Autonomía en el trabajo.- Hablamos de la libertad de acción, ante menor autonomía mayor posibilidad de presentar el síndrome (Lee y Ashforth, 1993 como se citó en Useche, 2008, p.24).
- Compromiso laboral.- Al comprometerse con su lugar de trabajo, utilizará sus esfuerzos en lograr cumplir sus expectativas y así incrementar su sentimiento de realización personal (Miller, Birkholt, Scott y Stage, 1995 como se citó en Useche, 2008, p.24).

1.7.3 Variables intrapersonales.

- Locus de control extremo.- Cuanto menos control de las situaciones tiene el profesional existe mayor probabilidad que aparezca el síndrome (Chiwakata, 1989 como se citó en Useche, 2008, p.24).
- Interés social.- Este fomenta el bienestar común. A mayor interés social menor propensión al síndrome (Smith, Watstein y Wuehler, 1986 como se citó en Useche, 2008, p.25).
- Estrategias de afrontamiento.- Cuando estas no son las adecuadas aumenta la posibilidad de padecer Burnout (Leiter, 1991 como se citó en Useche, 2008, p.26).
- Autoeficacia.- Es el sentimiento de ser eficaz en lo que se hace. Esta va de la mano con la autoconfianza (Gil-Monte y Peiró, 1996 como se citó en Useche, 2008).
- Autoconcepto.- El pensamiento que uno tiene sobre sí mismo. El autoconcepto negativo nos arrastra directo al Burnout (Sarros y Friese, 1987 como se citó en Useche, 2008, p.27).
- Expectativas personales.- Expectativas preestablecidas del trabajo, las cuales al no cumplirse pueden acarrear el padecer el síndrome (Cordes y Dougherty, 1993 como se citó en Useche, 2008, p.27).

1.7.4 Variables ambientales

- Apoyo social.- Este es directamente el apoyo que recibe el profesional ya sea de sus amigos, familiares o compañeros de trabajo. Una pareja positiva nos puede llevar a la inmunidad frente a este síndrome (Smith, Birch y Marchant, 1984 como se citó en Useche, 2008, p.27).
- Relaciones interpersonales.- No están ligadas al ámbito laboral si no en los ámbitos que pueden ser incluso más importantes como son: la familia, amigos, estilos de vida, etc. (Friesen y Sarros, 1987 como se citó en Useche, 2008, pp.27-28)
- Comunicación.- Cuando la comunicación con los que nos rodean en el trabajo se ven afectados, más es la posibilidad de adquirir el síndrome (Friesen y Sarros, 1987 como se citó en Useche, 2008, p.28).
- Satisfacción vital.- Sensación de felicidad. A menor satisfacción vital mayor propensión a padecer el síndrome (Lee y Ashforth, 1993 como se citó en Useche, 2008, p.28)
- Exigencias vitales.- Se debe tener un buen balance entre lo que el trabajo nos exige pero también lo que nos exige la vida familiar, de pareja y social (Golembiewsky y Munzenrider, 1988 como se citó en Useche, 2008, p.28).
- Problemas familiares.- A cualquier persona le puede afectar laboral y personalmente este tipo de problemas. Lo cual nos hace vulnerables al síndrome (Leiter, 1992 como se citó en Useche, 2008, p.28).
- Cultura.- Hay diferencia de una cultura sobre otra en las enseñanzas del manejo de afrontamiento. Por lo que, según como la cultura haya influenciado en la persona habrá personas más y menos propensas al síndrome (Pines y Guendelman, 1995 como se citó en Useche, 2008, p.29).

CAPITULO II
METODOLOGÍA

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización) en médicos y enfermeras en una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017.

2.1.2 Objetivos específicos

- Registrar datos reales de la muestra relativos a características socio-económicas y laborales.
- Determinar los niveles de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud de una institución de salud pública.
- Determinar el malestar emocional de los profesionales de la salud en la jornada laboral dentro de una institución de salud pública.
- Establecer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los trabajadores de la salud frente al manejo de problemas personales y laborales.
- Identificar el apoyo social que reciben a nivel personal y profesional los profesionales de la salud de una institución de salud pública.
- Determinar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud de una institución de salud pública.

2.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio-económicas y laborales de la muestra investigada?
- ¿Cuáles son las condiciones de trabajo y el nivel de satisfacción en los profesionales de salud (médicos y enfermeras) de la muestra investigada?
- ¿Con qué frecuencia han sufrido molestias y cómo se han sentido en las últimas semanas?
- ¿Cómo manejan los problemas y que estrategias utilizan para afrontarlos?

- ¿Cuál de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout presenta un alto nivel en los profesionales de la salud?
- ¿Cuál es el apoyo social que poseen los trabajadores de la salud investigados?
- ¿En la investigación cuál es el índice de trabajadores de la salud (médicos y enfermeras) que representa el Síndrome de Burnout?

2.3 Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de una institución de salud pública, ubicada al norte de la ciudad de Ibarra, la cual presta servicios de alto nivel en lo científico, tecnológico y humano. A esta Institución de salud acuden personas referidas desde toda la provincia de Imbabura. Esta entidad abarca la atención de salud general que incluye tres servicios de atención que son: consulta externa, emergencia y hospitalización.

Consulta externa cuenta con los servicios de Cirugía general, Ginecología Obstetricia, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Medicina Interna, Traumatología y Fisioterapia,. La Unidad de Apoyo diagnóstico y Terapéutico con los que cuenta la institución son: Rayos X, Ecografía, Laboratorio Clínico, Rehabilitación y terapia física, y Farmacia.

Emergencias y hospitalización que funciona las 24 horas del día los 365 días del año. Cuenta con modernos equipamientos e instrumentos médicos, además las instalaciones son amplias y actualizadas para prestar un servicio oportuno y de calidad. Los profesionales son altamente capaces como se citó y eficientes, su compromiso va mucho más allá de lo laboral pues el lazo con los pacientes se refleja en la entrega y respeto por ellos dejando de lado creencias y raza.

La Institución como ente público de salud adopta la visión y misión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).

2.4 Diseño de investigación

Las variables investigadas receptaron la información que ayudó a desarrollar el estudio, por lo que el tipo de investigación empleada fue descriptiva-transversal ya que además la información recolectada se la obtuvo en un momento dado.

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: cuantitativa, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica; no experimental ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real y transaccional (transversal), pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado a médicos y enfermeras de la Institución de salud pública; descriptivo porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación y exploratorio en donde se examinó un tema no estudiado antes.

2.5 Población y muestra

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

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, tomada a 40 profesionales de la salud (20 médicos/as y 20 enfermeros/as), sin embargo en el proceso de depuración de resultados la muestra con los datos procesados fue de 37 profesionales de la salud (18 médicos/as y 19 enfermeras) de la institución de salud pública, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

La investigación se adecuó a las normas éticas, y el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, garantizando absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado que fue firmado voluntariamente por cada uno de los profesionales encuestados.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

- **Criterios de inclusión:** Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar el consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:** Se descartaron a todos los médicos o enfermeras que no cumplieran con el requisito de tener mínimo 3 años de experiencia profesional, ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina, y los consentimientos informados que no estaban firmados por el médico o enfermera.

2.6 Procedimiento

En el desarrollo de esta investigación se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente a la Zonal de salud No. 1 y se remitan a la institución asignada. Se realizó un acercamiento con las autoridades de la institución de salud a quienes se les presentó la solicitud elaborada y aceptada desde la zonal de salud No. 1 con la finalidad de que se permita recolectar los datos en la institución de salud.

Al obtener el visto bueno de las autoridades se fijó el horario para la aplicación de la batería, en consideración a esto se procedió a buscar a médicos/as y enfermeras dentro de la institución para solicitar la colaboración, proporcionándoles información sobre la finalidad de la investigación. Quienes accedían a participar se solicitó la firma del consentimiento informado y se explicó los parámetros de la batería para que puedan ejecutarla de una manera óptima.

Al terminar este proceso, se depuró la información eliminando los cuestionarios incompletos y los que no tenían firmado el consentimiento informado. Finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del software estadístico SPSS-23 mediante el análisis descriptivo.

2.7 Instrumentos

Consta de 6 instrumentos lo cuales se utilizaron para recolectar la información que permitió cumplir con los objetivos trazados.

2.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC

Este cuestionario está enfocado en obtener información sociodemográfica referente a 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.

2.7.2 Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS]

En lo que respecta al inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa la intensidad y frecuencia del Síndrome de Burnout. (Risquez, Sanchez, y Fernández , 2011). Ese instrumento está compuesto por 22 ítems: Fatiga emocional, conformada por nueve ítems que describen sentimientos de estar agobiado y fatigado emocionalmente por el aspecto laboral (1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización constituida por cinco ítems que describen una respuesta de frialdad y falta de empatía hacia sujetos objeto de atención (5,10,11,15,22) y realización personal, compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de realización personal en el ámbito laboral (4,7,9,12,17,18,19,21).

Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del Burnout se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal (Maslach y Jackson, 1986).

En cuanto a las propiedades psicométricas, el cuestionario es óptimo si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0,7 y 0,9 (González, Lacasta, y Ordoñez, 2008).

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

Este cuestionario auto-administrado evalúa cómo la persona aprecia su estado de salud general en dos características: el no poder desempeñar funciones saludables comunes y la aparición de malestares de tipo psíquico.

El cuestionario de Salud Mental (GHQ28) está constituido por 28 ítems que contiene cuatro subescalas A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (difusión social) y D (depresión grave). Estos son utilizados con el fin de comprobar la existencia de alteraciones psiquiátricas menores y estado de salud mental general del encuestado.

En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82%, y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro sub-escalas:

- **Síntomas somáticos:** cefaleas, escalofríos, fatiga entre otros.
- **Ansiedad:** nerviosismo, pánico, insomnio.
- **Disfunción social:** sentimientos hacia las actividades del diario.
- **Depresión:** sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

Esta escala multidimensional, utilizada para evaluar los diferentes modos de afrontamiento adoptados frente al estrés (Morán, Landero, y Gonzáles, 2009). El COPE está conformado por 28 ítems, tiene como finalidad conocer las diversas respuestas del sujeto frente a situaciones estresantes y situaciones difíciles, los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- **Afrontamiento activo:** actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- **Auto-distracción:** concentrarse en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- **Negación:** rechazar lo que está sucediendo para no afrontar el problema.
- **Uso de sustancias:** ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema y poder afrontarla.
- **Uso de apoyo emocional:** busca en terceras personas afecto y apoyo.
- **Uso de apoyo instrumental:** busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- **Retirada de comportamiento:** esquivar el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.

- **Desahogo:** desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- **Replanteamiento positivo:** ver la oportunidad sacando lo bueno del problema y aprendiendo de él.
- **Planificación:** formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- **Humor:** quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- **Aceptación:** reconocer el problema y aceptarlo de manera serena.
- **Religión:** refugio en espiritualidad.
- **Culpa de sí mismo:** auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0,50 y 0,80 para cada una de sus estrategias

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

El cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005) es auto administrado y está constituido por 20 ítems utilizados para conocer la extensión de la red social que tiene el sujeto, utiliza una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), consta de un alfa de Cronbach de 0,97 y para las subescalas entre 0,91 y 0,96.

El Cuestionario MOS de apoyo social identifica cuatro componentes de apoyo social:

- **Apoyo emocional:** alguien el cual exprese afecto y amor.
- **Apoyo instrumental:** conformado por material de apoyo y guía.
- **Relaciones sociales:** vínculos sociales directos e indirectos que tiene la persona.
- **Amor y cariño:** alguien para comunicarse, con quien disiparse en tiempo de ocio y ofrezca afecto.

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

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

E alfa de Cronbach en relación a las dimensiones son: extraversión 0,74; neuroticismo 0,78; psicoticismo 0,63 y sinceridad de 0,54.

2.8 Recursos

En la investigación se utilizó los siguientes recursos:

- **Institucionales:** página web de la Universidad Técnica Particular de Loja UTPL.
- **Humanos:** encuestados (médicos/as y enfermeras/os de una institución pública ubicada en la Zona 1 al norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017), investigadora y directora de tesis.
- **Materiales:** computador, material bibliográfico, impresora y batería de recolección de datos.

Tabla 1. Egresos para el desarrollo de investigación.

No.	Detalle	Valor
Material bibliográfico	Computadora, internet, impresiones	\$30
Útiles de oficina	Esferos gráficos, hojas de papel bond	\$20
Copias, anillados	Copias y anillados	\$50
Movilización	Gasolina	\$20
Total		\$120

CAPITULO III

ANÁLISIS DE DATOS.

3.1 Resultados obtenidos

Tabla 2. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	6,0	33,3	2,0	10,5
Mujer	12,0	66,7	17,0	89,5
Edad				
<i>Media</i>	37,7		44,6	
<i>Desviación típica</i>	9,4		9,3	
Máximo	62,0		64,0	
Mínimo	30,0		31,0	
Número de hijos/as				
<i>Media</i>	1,3		1,7	
<i>Desviación Típica</i>	0,9		0,9	
Máximo	3,0		3,0	
Mínimo	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	14,0	77,8	18,0	94,7
Blanco/a	3,0	16,7	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	1,0	5,3
Indígena	1,0	5,6	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	4,0	22,2	4,0	21,1
Casado/a	10,0	55,6	12,0	63,2
Viudo/a	1,0	5,6	1,0	5,3
Divorciado/a	1,0	5,6	2,0	10,5
Unión libre	2,0	11,1	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Soto (2017)

En la tabla 2, se analizó las características sociodemográficas de los encuestados. En los datos obtenidos del personal médico, se observó mayor participación en la encuesta por parte de las mujeres con un 66,7% que en los hombres con un 33,3%, de igual manera en el personal de enfermería hubo mayor aceptación por las mujeres con 89,5% que los hombres con 10,5%. El total de participantes profesionales de la salud fue un 48,64% médicos/as y 51,35% enfermeras/os. La edad media de los médicos/as es de 37,7 años; mientras que en las enfermeras/os la edad media es de 44,6 años.

La media de número de hijos es de 1,3 en médicos/as y de 1,7 en enfermeras/os, con similar desviación típica para los dos grupos. La étnia con la que se identificaron los dos grupos fue la mestiza (77,8% en médicos y 94,7% enfermeras/os), superando al índice del último censo 2010 realizado en el cantón de Ibarra que fue de 65,7% (INEC, 2010).

En lo que respecta a estado civil del personal encuestado, el 55,6% de los médicos y el 63,2% del personal de enfermería son casados/as, superando al índice de 42,4% obtenido en el censo 2010 del cantón Ibarra. En lo referente al estado civil soltero el 22,2% de los médicos y el 21,1% de los enfermeros/as pertenecen a este grupo, siendo inferior al índice de 38,8% para este estado civil obtenido en el censo 2010 del cantón (INEC, 2010).

Tabla 3. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0,0	0,0	3,0	15,8
1001 a 2000	8,0	44,4	16,0	84,2
2001 a 3000	9,0	50,0	0,0	0,0
3001 a 4000	1,0	5,6	0,0	0,0
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>Media</i>	9,3		15,7	
<i>Desviación Típica</i>	7,6		8,4	
Máximo	32,0		28,0	
Mínimo	4,0		4,0	
Tipo de contrato				
Eventual	3,0	16,7	0,0	0,0
Ocasional	6,0	33,3	1,0	5,6
Plazo fijo	1,0	5,6	3,0	16,7
Nombramiento	6,0	33,3	13,0	72,2
Servicios profesionales	1,0	5,6	1,0	5,6
Ninguno	1,0	5,6	0,0	0,0
Horas de trabajo/día				
<i>Media</i>	11,3		11,1	
<i>Desviación Típica</i>	6,1		4,9	
Máximo	24,0		24,0	
Mínimo	6,0		7,0	
Nº de pacientes/día				
<i>Máximo</i>	20,6		19,2	
<i>Desviación Típica</i>	13,3		11,9	
Máximo	50,0		50,0	
Mínimo	4,0		7,0	
Turnos				
Si	9,0	50,0	16,0	84,2
No	9,0	50,0	3,0	15,8

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Soto (2017)

En la tabla 3, se analiza las características laborales de los profesionales de la salud, en donde se logró apreciar que la remuneración salarial que prevalece en médicos con el 50%

es el rango de \$2001 a \$3000 y en enfermeras/as en el rango \$1001 a \$2000 con el 84,2%, lo que indica que un profesional de la salud al haber accedido a una mejor preparación académica puede acceder a una mejor remuneración profesional.

En cuanto a experiencia laboral del personal médico su media fue de 9,3 años, mientras que en enfermeras/os fue de 15,7 años, esto se puede correlacionar con la edad de los profesionales de la salud y el tiempo de estudio para obtener su título profesional, en el caso de los médicos la edad media es de 37,7 años (ver tabla 2) y siete años para conseguir su título profesional lo que acorta el tiempo de experiencia laboral comparado a los datos para enfermeros/as con una edad media de 44,6 años (ver tabla 2) y cuatro años para obtener la licenciatura en enfermería.

Los tipos de contratos que prevalecieron para el personal médico fueron contrato ocasional y contrato por nombramiento con el 33,3% para los dos tipos de contrato. En el personal de enfermería prevaleció el contrato por nombramiento con un 72,2%; podríamos aseverar que en el personal de enfermería al tener un contrato laboral por nombramiento aseguran una mayor estabilidad laboral y permanencia en tiempo de servicio en la institución pública.

El número promedio de horas diarias de trabajo para el personal médico es de 11,3 horas mientras que en el personal de enfermería es de 11,1 horas, con una desviación teórica mayor para el caso de los médicos (desviación teórica de 6,1 horas para médicos y 4,9 horas para enfermeros/as), lo que indica que sus horarios de trabajo pueden alargarse o acortarse con mayor variación comparado al personal de enfermería.

El número promedio de pacientes que atienden a diario el personal médico es de 20,6 personas, con una atención mínima de 4 y máxima de 50; mientras que el personal de enfermería atienden en promedio de 19,2 pacientes, con una atención mínima de 7 y máxima de 50, siendo el personal de enfermería el primero en receptor y atender los pacientes. Para la variable de turno en el personal médico el 50% trabaja en turnos mientras tanto que para el personal de enfermería prevalece la modalidad de turnos con el 84,2%, indicando que el personal de enfermería tiene un horario de atención mas regulado.

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

Profesión	
Médico/a	Enfermero/a

		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	6	33,3%	15	78,9%
	Medio	7	38,9%	0	0,0%
	Alto	5	27,8%	4	21,1%
Despersonalización	Bajo	8	44,4%	10	52,6%
	Medio	7	38,9%	6	31,6%
	Alto	3	16,7%	3	15,8%
Realización personal	Bajo	7	38,9%	8	42,1%
	Medio	7	38,9%	5	26,3%
	Alto	4	22,2%	6	31,6%

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

Elaborado por: Soto (2017)

En la tabla 4, se analizó el Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) en sus tres dimensiones. En la dimensión de agotamiento emocional, para el caso de los médicos presentó mayor porcentaje el rango medio con un 38,9% y el personal de enfermería el 78,9% estuvo en el rango bajo, denotándose menor afectación emocional en el personal de enfermería que en el personal médico. En la dimensión de despersonalización el 44,4% del personal médico y el 52,6% del personal de enfermería resultaron en el rango bajo, demostrando tener una mayor preocupación y empatía hacia sus pacientes. En la dimensión de realización personal en el rango alto, los médicos resultaron con el 38,9% en baja realización personal, mientras que el personal de enfermería tuvo el 42,1%, un porcentaje mayor al del los médicos; esto puede deberse a que el perfil profesional de enfermería tiene menor jerarquía que un médico, pudiendo estar insatisfechos con sus logros laborales.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	18	100,0%	18	94,7%
	Presencia	0	0,0%	1	5,3%

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

Elaborado por: Soto (2017)

En la tabla 5, según los datos obtenidos en la aplicación del MBI, se puede determinar que no se reporta casos de Burnout en el personal médico, mientras que existe un solo caso de

Burnout en el personal de enfermería que representa el 5,3% del total del personal encuestado. En términos generales podemos señalar que en la institución pública donde laboran estos profesionales el Síndrome de Burnout representa en la actualidad un mínimo problema para la administración de la entidad pública, sin dejar de lado la preocupación latente ante el incremento de casos en un futuro.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	10	55,6%	10	52,6%
	Caso	8	44,4%	9	47,4%
Ansiedad	No caso	8	44,4%	8	42,1%
	Caso	10	55,6%	11	57,9%
Disfunción social	No caso	18	100,0%	19	100,0%
	Caso	0	0,0%	0	0,0%
Depresión	No caso	17	94,4%	18	94,7%
	Caso	1	5,6%	1	5,3%

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

Elaborado por: Soto (2017)

En la tabla 6, en lo referente al malestar emocional de los profesionales de la salud los síntomas que más se presentaron de acuerdo a la batería aplicada, fueron los síntomas somáticos y de ansiedad para ambos grupos. En cuanto a la escala de síntomas somáticos la diferencia es de 3 puntos porcentuales puesto que en médicos es de 44,4% y en enfermeras 47,4%; mientras que en la escala de ansiedad existe una diferencia de 2,3 puntos porcentuales entre los médicos y enfermeras, con los siguientes porcentajes: en médicos el 55,6% y en enfermeras el 57,9%.

Al no presentarse casos en cuanto a disfunción social y depresión, denota que dentro de la institución existe una buena relación entre compañeros, buena comunicación, sentido de pertenencia hacia la institución que ayudan a mantener un buen ambiente laboral.

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

		Profesión	
		Médico/a	Enfermero/a

	Media	DT	Máx.	Mín.	Media	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2,17	1,86	6,00	,00	1,79	1,40	4,00	,00
Afrontamiento activo	3,00	2,06	6,00	,00	2,63	1,38	5,00	,00
Negación	1,06	1,59	4,00	,00	,74	1,19	4,00	,00
Uso de sustancias	,33	,84	3,00	,00	,32	1,00	4,00	,00
Apoyo emocional	1,41	1,77	5,00	,00	,89	,96	3,00	,00
Apoyo instrumental	1,72	1,74	6,00	,00	1,37	1,74	5,00	,00
Retirada de comportamiento	,72	1,07	3,00	,00	,79	,98	3,00	,00
Desahogo	1,44	1,65	6,00	,00	1,32	1,49	4,00	,00
Replanteamiento positivo	2,78	1,96	6,00	,00	2,17	1,62	6,00	,00
Planificación	2,94	2,21	6,00	,00	2,33	1,08	4,00	,00
Humor	1,44	1,46	5,00	,00	1,06	1,47	5,00	,00
Aceptación	3,11	2,32	6,00	,00	2,00	1,91	6,00	,00
Religión	1,61	1,58	6,00	,00	2,47	1,95	6,00	,00
Culpa de sí mismo	1,50	1,29	5,00	,00	1,32	1,34	4,00	,00

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).
Elaborado por: Soto (2017)

Las estrategias de afrontamiento por parte de los médicos con una media más alta fueron: la aceptación (3,11), afrontamiento activo (3,00), planificación (2,94), replanteamiento (2,78) y autodistracción (2,17). Mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: afrontamiento activo (2,63), religión (2,47), planificación (2,33), replanteamiento positivo (2,17) y aceptación (2,00) (ver tabla 7). El ítem con el valor más alto que comparten el personal médico y de enfermería fue el de afrontamiento activo denotando una rápida respuesta ante los problemas.

Las estrategias menos utilizadas fueron el uso de sustancias (media de 0,33 en médicos y 0,32 en enfermeros/as), y retiro de comportamiento (media de 0,72 en médicos y 0,79 en enfermeros/as).

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

Profesión

	Médico/a				Enfermero/a			
	Media	DT	Máx.	Mín.	Media	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	75,88	22,76	100,00	35,00	74,17	22,20	97,50	30,00
Apoyo instrumental	73,06	24,02	100,00	35,00	70,26	22,33	100,00	30,00
Relaciones sociales	77,78	22,04	100,00	35,00	80,29	24,01	100,00	30,00
Amor y cariño	86,30	18,07	100,00	40,00	80,70	20,95	100,00	40,00

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

Elaborado por: Soto (2017)

En la tabla 8, en cuanto al apoyo social hacia los profesionales de la salud, se evidenció que todos los encuestados (médicos y enfermeras) han percibido un apoyo social sobre el 70% en los cuatro ítems que evalúa el cuestionario de Apoyo Social MOS. Los dos tipos de profesionales le dieron una gran importancia al ítem de relaciones sociales el cual se puede relacionar con los datos obtenidos en la tabla 6, en donde no se presentaron casos de disfunción social.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	Media	DT.	Máx.	Mín.	Media	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,88	1,50	4,00	,00	1,89	1,68	6,00	,00
Extroversión	4,06	1,98	6,00	,00	3,74	1,66	6,00	,00
Psicoticismo	1,33	,97	3,00	,00	1,44	1,54	6,00	,00

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

Elaborado por: Soto (2017)

En la tabla 9, se observó que, el rasgo de personalidad de los profesionales de la salud más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 4,06 para el personal médico y de 3,74 para enfermería que también es un rasgo ligado a mantener buenas relaciones sociales y minimizando a los rasgos de neuroticismo y psicoticismo en los dos grupos de profesionales.

3.2 Discusión de los resultados obtenidos

El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional, es un problema de salud pública actual y poco investigado (Contreras y Suárez, 2013). Por esta razón, el principal interés en la presente investigación tuvo como 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 ubicada al norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017.

Se inició analizando las características sociodemográficas de los encuestados, encontrando que la edad promedio en el personal médico fue de 37,7 años, con un máximo de 62 años y un mínimo de 30 años; y en el personal de enfermería con una edad promedio de 44,6 años, con un máximo de 64 años y un mínimo de 31 años, cuyos resultados señalan una población conformada mayoritariamente por adultos jóvenes y adultos maduros. En referencia a la edad de los profesionales el rango de edad con mayor riesgo de presentar síntomas del Síndrome de Burnout está entre 35-54 años de edad (Hernández, Dickinson, y Fernández, 2008).

Con respecto al número de hijos se puede observar una leve variación en las dos muestras, ya que en el caso del personal médico la media fue de 1,3 hijos y en el personal de enfermería fue de 1,7 hijos. En médicos la media es un tanto menor a la media de la población ecuatoriana que se sitúa en 1,6 (Villacís y Carrillo, 2010).

Respecto a la etnia, la raza predominante en las dos muestras es la mestiza con un 77,8% en médicos y 94,7% en enfermeras; se puede comparar con datos del último censo 2010 en donde el 65,7% la población del cantón de Ibarra se considera mestiza (INEC, 2010).

En cuanto al estado civil del personal encuestado, el 55,6% de los médicos están casados y el 22,2% son solteros, en cuanto al personal de enfermería el 63,2% están casados y el 21,1% están solteros, estos datos se contrastan con los datos del último censo en el cantón de Ibarra en donde el INEC (2010) menciona que el 42,4% de la población aseguran estar casados y el 38,8% estar solteros. En cuanto al estado civil se ha detectado que el Síndrome de Burnout es más frecuente en aquellos profesionales que no tiene pareja o quienes tienen pero no es estable (Hernández, Dickinson, y Fernández, 2008).

Los ingresos económicos que el personal médico percibe mensualmente es de USD 2001 a 3000 y en el caso del personal de enfermería es de USD 1001 a 2000, en ambas profesiones se solventaría la canasta básica, que según el INEC (2017), se encuentra en 708,98 USD. Existe la posibilidad que las bajas remuneraciones a médicos y enfermeras sumado la desmotivación profesional puedan afectar su ánimo y desempeño en un porcentaje bastante elevado que va entre un 60 y 70% (Florez, 2000).

En lo que respecta a la experiencia laboral, los médicos mostraron tener una media de 9.3 años y el personal de enfermería presentaron una media de 15,7 años, que en relación a lo que indica INEC (2014) que el 53,2% de la población general del Ecuador posee hasta 5 años de experiencia y el 11,7% posee más de 21 años de experiencia laboral. Hernández et al. (2008) indican que existe un mayor riesgo de presentar síntomas del Síndrome de Burnout en médicos que tienen entre 9 y 11 años de ejercicio, pero sobre todo aquellos que trabajan en otras dependencias privadas.

En cuanto al tipo de contrato, en el personal médico predominan dos variables: contrato ocasional y por nombramiento, en los dos casos con un 33,3%, y en el caso del personal de enfermería predominó el contrato por nombramiento con 72,2%. El INEC (2014) menciona que el 9,8% de la población empleada tiene el tipo de contrato por nombramiento, claramente este índice se ve superado con el personal encuestado en donde denota una mayor estabilidad laboral y permanencia en la institución pública.

Al analizar el número promedio de pacientes atendidos en una jornada laboral por médicos y enfermeros/as, presentaron una media similar pero con desviación típica diferente en donde el número mínimo de pacientes que atiende un médico (4 pacientes) es menor al número mínimo de pacientes que atiende el personal de enfermería (7 pacientes) esto debido a que el personal de enfermería es el primero en receptar y atender a los pacientes.

También denota que el número máximo de pacientes en ser atendidos por los dos tipos de profesionales coinciden en 50 pacientes, según Hernández et al. (2008) menciona que el Síndrome de Burnout es mas frecuente y se presenta con mayor gravedad en aquellos profesionales de la salud que atienden a más de 20 pacientes por turno y que dedican más de dieciséis minutos a cada paciente por consulta.

Al examinar los resultados conseguidos de las tres dimensiones del Burnout (ver tabla 4), se obtuvo los siguientes resultados: en la dimensión de agotamiento emocional en el personal médico fue de 27,8% y enfermería 21,1% para el rango alto, lo cual nos indica que estos profesionales ya presentan cansancio y falta de energía, características propias en esta dimensión (Maslach y Jackson, 1986, como se citó en Carlin, 2014). Los profesionales de medicina mantienen un gran compromiso en tratar de ayudar a sus pacientes pero la sobrecarga de trabajo y esfuerzo cotidiano conlleva a un cansancio generalizado que a medio o largo plazo ocasiona una reducción en la calidad asistencial (Florez, 2000).

En la dimensión de despersonalización se encontró que 16,7% de médicos/as y 15,8% de enfermeras/os están en un rango alto, los profesionales que pertenecen a este rango pueden mantener el distanciamiento y pérdida de empatía hacia los pacientes, afectando la calidad de atención. Gil - Monte (2007)(como se citó en Gómez y Ruíz, 2014) menciona que las personas que tienen niveles altos de despersonalización podrían experimentar en menor grado: fatiga emocional y psicológica, además de mal humor y la percepción subjetiva de sentirse frustrado por su desempeño laboral, ocasionando dificultades para relacionarse con las personas de su entorno. Según Navarro (2010) (como se citó en Gómez y Ruíz, 2014) menciona que el mayor grupo que presentan despersonalización están en el rango de edad de 44 a 50 años de edad y con varios años de experiencia laboral.

En lo que respecta a la dimensión de realización personal, en médicos se encontró un 22,2% y en el personal de enfermería 31,6% en el rango de nivel alto. Mientras que en un nivel bajo se encontró el 38,9% para médicos y 42,1% para enfermeros/as. La falta de realización personal aparece cuando el profesional siente que las demandas laborales exceden su capacidad y la insatisfacción de logros profesionales, ocasionando pérdida de identidad social, pérdida de pertenencia a la sociedad salarial, la falta de protección social e inseguridad (Cialzeta, 2013).

También la baja realización personal puede deberse a causa de tener un sentimiento de frustración ante casos médicos que buscan solución al problema del paciente sin tener una respuesta favorable e inmediata, estos casos pueden ser repetitivos lo que ocasionan un efecto acumulativo y se transforma con el tiempo en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión (Hernández, Dickinson, y Fernández, 2008).

Se puede deducir que, independientemente de la prevalencia del Burnout alta o baja, los profesionales de la salud presentaron significativos porcentajes en rangos altos en cada una de las dimensiones que caracterizan dicho síndrome, siendo estas la baja realización personal la característica sobresaliente, seguida por el agotamiento emocional y por último experimentarían sentimientos de despersonalización.

En lo que concierne a la prevalencia de Burnout en los profesionales de la salud, pese a que se identificó personal que estuvo en rangos altos en cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout, no hubo presencia de síndrome en médicos, lo cual concuerda con la investigación de Trelles (2017) en la ciudad de Guayaquil quien corrobora el resultado de 0%.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, se identificó como baja con el 5,3%, lo cual también concuerda con el estudio realizados por Trelles (2017) en la ciudad de Guayaquil en donde se encontró una prevalencia semejante de 5%. Al presentarse un caso de personal de enfermería con Síndrome de Burnout de los 19 enfermeros/as encuestados, podría mencionar que el personal de enfermería son más susceptibles y con mayor riesgo en un futuro de presentar más casos de Síndrome de Burnout dentro de la institución pública en la cual se llevo la investigación.

Se puede resaltar que algunas características sociodemográficas y laborales destacaron en el grupo de enfermería y que marcaron diferencia con los médicos, como son: la edad media de 44,6 años, el acceso a mejor educación, salario que perciben es menor al de un médico, el número de pacientes que atienden, mayor años de permanencia en la institución de salud; esto concuerda con el estudio realizado por Flor, Álvarez, y Honores (2015) que encontraron asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas con el Síndrome de Burnout para la dimensión de agotamiento emocional, la edad y la antigüedad como profesional.

Otro estudio encontró relaciones en el número de hijos de los profesionales de la salud, en donde encontró niveles altos en despersonalización en quienes tienen de 1 a 3 hijos, y quienes tienen de 4 a 5 hijos se encontró nivel bajo en realización personal y alto en desgaste personal (Gómez y Ruíz, 2014). Para nuestro caso de estudio los profesionales de la salud se encontró un máximo de hijos de tres pudiendo ser susceptibles a presentar niveles altos de despersonalización.

Con respecto a las características clínicas (ver tabla 6), se encontró valores altos en relación al malestar emocional en ambas profesiones, en el caso de los médicos mostraron 44,4% de síntomas somáticos (muscular, endócrino, nervioso, circulatorio), 55,5% de ansiedad y 5,6% de depresión. En el caso del personal de enfermería mostraron el 47,4% de síntomas somáticos, 57,9% de ansiedad y 5,3% de depresión; observándose que los síntomas que más prevalecieron fueron los somáticos y ansiedad para ambos grupos, resultados que concuerdan con el estudio de Trelles Cepeda (2017). La ansiedad puede venir cargada por otros sentimientos como son la culpa, irritabilidad e impaciencia, baja tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad, aburrimiento, sentimientos depresivos, impotencia y baja vivencia de la autorrealización personal (Gómez y Ruíz, 2014).

La estrategia de afrontamiento utilizada en mayor porcentaje por el personal médico es de aceptación con una media de 3,11, mientras que en el personal de enfermería mencionaron utilizar el afrontamiento activo con una media de 2,63 (ver tabla 7). La utilización del afrontamiento activo es positivo, pues es la manera más adecuada de encontrar una solución, además que protege a la persona de los efectos y desarrollo del Burnout, en especial en la reducción de síntomas de cansancio emocional y despersonalización, también promueve un incremento en la realización personal (Cruz, Austria, Herrera, Vásquez, Vega, y Salas, 2010). El afrontamiento activo puede ser una estrategia que en la actualidad el personal de la salud evaluado este ayudando a prevenir el aumento de casos de Síndrome de Burnout.

En cuanto a la percepción del apoyo social (ver tabla 8), prevaleció en ambos casos los sentimientos de amor y cariño, mostrando en el personal médico una media de 86,30% y de 80,70% en el personal de enfermería seguido de relaciones sociales. Según Sherbourne y Stewart (1991), este es un apoyo afectivo en donde se percibe demostraciones de amor y comprensión, los cuales son utilizados como mecanismos de defensa los cuales reducen en gran medida los efectos del Síndrome de Burnout, ayudando a superar las crisis y sobrellevar cualquier tipo de carga emocional o problema.

Las redes de apoyo social son importantes para el adecuado desempeño del personal médico y de enfermería, ya que esta ayuda brindada es inmediata y ofrece un apoyo emocional positivo y solidario, hoy en día hay evidencias de que dicho apoyo funciona como un amortiguador del estrés, pues ayuda al afrontamiento lo cual resulta ser benéfico para la salud psicológica y física.

En cuanto a los rasgos de personalidad (ver tabla 9), el personal médico y enfermería presentaron una tendencia a la extroversión con una media de 4,06 y 3,74 respectivamente. Según Eysenck (1982) las personas con tendencia a la extroversión tienden a ser más activos, sociales, y comunicativos; ya que buscan estimulación externa puesto que los niveles de estimulación de la corteza cerebral es bajo, en lo que concierne a los demás rasgos (neuroticismo, psicosisismo) en un nivel bajo nos sugiere, que no utilizan ningún tipo de drogas, no se consideran personas nerviosas y no se centran en las preocupaciones ya que son personas sumamente comunicativas y con mucha empatía.

CONCLUSIONES

- El estudio realizado en la institución de salud pública durante el 2017 encontró las principales características sociodemográficas y laborales, que tuvieron influencia en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout siendo estas la edad media de los profesionales, los años de experiencia profesional, número de pacientes que atienden en el día y el salario que perciben.
- Al analizar las tres dimensiones de Burnout en los profesionales de la salud se encontró mayor afección en realización personal con niveles bajos para los dos tipos de profesionales, esto pudo verse influenciado por la insatisfacción de logros profesionales, insatisfacción en el salario que perciben, carga emocional y sentimientos de frustración.
- Los profesionales de la salud presentaron un nivel bajo para las dimensiones de agotamiento emocional y de despersonalización.
- No se encontró casos de Síndrome de Burnout en médicos, pero si hubo un caso de presencia de Burnout en el personal de enfermería, y la dimensión que pudo influir es el alto porcentaje encontrado en baja realización personal.
- En lo que respecta a malestar emocional hubo una tendencia a que los profesionales de salud tengan un sentimiento de ansiedad que podrían desencadenar otros sentimientos que afectarían a la realización personal.
- No hubo casos de disfunción social lo que denota que dentro de la institución existe un buen ambiente laboral.
- La estrategia de afrontamiento más destacable fue el afrontamiento activo, esta estrategia puede ayudar a buscar soluciones rápidas a problemas, evitando tener una disminución en la realización personal y sobre todo previniendo el desarrollo del Síndrome de Burnout.
- Dentro de la percepción de apoyo social a los profesionales de la salud la media con mayor valor fue la escala de amor y cariño seguido por relaciones sociales.

- El rasgo personal que prevaleció en los profesionales de salud fue la extroversión, un rasgo favorable que ayuda a minimizar el neuroticismo y psicoticismo. Además este rasgo viene a ser una estrategia de afrontamiento activo que ayudaría a mantener un buen desarrollo social en el medio que laboran.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda mantener en anonimato al personal encuestado, ya que es importante salvaguardar la confidencialidad de cada uno de los participantes para evitar al máximo información sesgada, pues la investigación se la realizó en una institución pública y los evaluados pueden temer algún tipo de represalias si contestan aspectos contrarios al apropiado funcionamiento del mismo, de esta forma obtendremos resultados reales, fiables y sin distorsión alguna.
- Se debería informar a las autoridades del hospital sobre los resultados encontrados en la investigación, a fin de que la institución implemente programas de charlas y capacitaciones en temas de estrategias de afrontamiento al estrés laboral, manejo de emociones, compañerismo, clima laboral, satisfacción laboral, trabajo en equipo, y comunicación efectiva.
- Se recomienda a la administración de la institución efectuar campañas periódicas y constantes de valoración de salud física y psicológica del personal médico y de enfermería con el objetivo de identificar posibles casos de Síndrome de Burnout.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, J., y Marsollier, R. (2007). Organización, expectativas y salud mental. Un análisis psicosocial en el contexto universitario. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 4.
- Alves, J. (2016). *El modelo burnout - engagement en enfermeros: El factor protector de la resiliencia*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome del burnout. Qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Cárdenas, J. (2 de Octubre de 2013). *Prevalencia de sd. de burnout y su influencia en la realización personal en los profesionales de las áreas críticas del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de ambato*. Ambato, Tungurahua, Ecuador: Tesis de Licenciatura. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de medicina .
- Carlin, M. (2014). *El Síndrome de Burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas del futuro*. Wanceulen editorial Deportiva S.L.
- Cherniss. (1980). Staff burnout. Job stress in the human services. *Sage Publications*.
- Cialzeta, J. (2013). *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes*. Argentina: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.
- Contreras, Y., y Suárez, D. (2013). Síndrome de burnout: Comparación entre alumnos y profesor-odontólogo en la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes. *Acta Bioquímica. Acta Bioclínica*, Vol 3, 158-177.
- Cruz, B., Austria, F., Herrera, L., Vásquez, J., Vega, C., y Salas, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout "o de desgaste profesional" en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax*, Vol 69, 137-142.
- Edelwich, J. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- El-Sahili, L. (2009). *Burnout en el colectivo docente: Investigación en la Universidad EPCA*. León, México: Universidad EPCA.
- Estallo, L., Alberdi, O., y Moyano , L. (2014). Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología Y neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global. Enfermería Global*, vol.13, no.36, 253-264.

- Eysenck, H. (1982). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Madrid, España: Fontanella.
- Fernández, R. (2013). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo*. San Vicente: Club universitario.
- Fidalgo, M. (2000). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. *NTP 704*, 2.
- Fischer. (1983). Una investigación sobre el estrés laboral y el síndrome del quemado. *Revista Iberoamericana de educación*, 1-21.
- Flor, J., Álvarez, P., y Honores, M. (2015). *Estudio del Síndrome de Burnout*. Guayaquil, Ecuador: Escuela de Postgrado de Administración de Empresas, Escuela Superior Politécnica del Litoral.
- Florez, J. (2000). El síndrome de burn-out en médicos y enfermeras que atienden a pacientes oncológicos. *Elsevier, Medicina Integral* 2000; Vol 36, Número 10, 405-411.
- Freudenberg. (1974). Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. *Psicología para América Latina*.
- Gálvez, M., Moreno, B., y Mingote, J. (2009). *El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Gil Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones. *Psicología Científica.com*, 4.
- Gil-Monte. (2004). Una investigación sobre el estrés laboral y el síndrome de estar quemado. *Revista Iberoamericana de Educación*, 04.
- Gil-Monte, P., y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, Vol 15, nro 2 , 261-268.
- Gómez, M., y Ruíz, M. (2014). *Dimensiones del Síndrome de Burnout en personal asistencial e salud de un hospital de Chiclayo*. Chiclayo, México: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- González, M., Lacasta, M., y Ordóñez, A. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Málaga: Médica Panamericana.
- Gonzalez, R. (2003). Síndrome de burn-out: una oportunidad para aprender y reflexionar. *Elsevier*, 2-3.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 215-230.

- Hernández, C., Dickinson, M., y Fernández, M. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Medigraphic*, vol.51, 11-14.
- INEC. (2010). *Resultados del Censo 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador*. Ecuador.
- INEC. (Septiembre de 2014). *Indicadores laborales septiembre 2014*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/Informe-Econom%C3%ADa-laboral-sep14-15-10-14.pdf>
- INEC. (Diciembre de 2017). *Indices de precios al consumidor*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/2016/InflacionFebrero2016/Presentacion_IPC_febrero16.pdf
- Magalhães, E., Oliveira, Á., Govêia, C., Ladeira, L., Queiroz, D., y Vieira, C. (2015). Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologist in the Federal District. *Revista brasileira de anestesiología*, 104-110.
- Mansilla, F. (s.f.). *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. Obtenido de http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_3.shtml
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 42-80.
- Maslach, y Jackson. (1986). *Maslach Burnout Inventory 2th Edition*. California: COnsulting Psychologists Press.
- Mingote, J., y Pérez Corral, F. (1999). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos.
- Moreno, B., González, J., y Garrosa, E. (2001). *Desgaste profesional (Burnout), Personalidad y Salud percibida*. Madrid, España: Dpto. Ps. Biológica y de Salud, UAM.
- Moriana, J., y Herruzo, J. (2004). *Estrés y burnout en profesores*. International Journal of Clinical.
- Napiore, M. (2011). *Cuando se quema el profesorado de secundaria?* Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Paula, I. (2007). *!No puedo más!: intervención cognitivo-conductual ante sintomatología depresiva en docente*. Madrid: WK Educación.
- Piñuel, I., y García, A. (2015). *La evaluación del Mobbing: Cómo peritar el acoso psicológico en el ámbito forense*. Buenos Aires: Sb editorial.
- Quiroz, R., y Saco, S. (1999). Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *Situa*, 11-21.
- Rodriguez, M., Rodriguez, R., y Riveros, A. (2011). *Síndrome de Burnout y factores asociados*. Bogotá.

- Ruiz, U. (2016). El Burnout en la profesión periodística. *Revista académica Hologramática*, 27.
- Sherbourne, C., y Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science y Medicine. Soc Sci Med*, 32(6):705-14.
- Soto, J. (2017). *Identificación del síndrome de burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en una institución de salud pública, ubicada en el sector norte de la ciudad de Ibarra durante el año 2017-2018*. Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Trelles Cepeda, C. (2017). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y su relación con las horas de trabajo en un hospital de Salitre-Guayas*. Guayaquil: Universidad Particular de Loja.
- Useche, M. (2008). *Factores de personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana - Facultad de Medicina- Postgrado salud ocupacional.
- Valdiviezo, A., y López, M. C. (2017). Estrés y Burnout en médicos familiares. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 30.
- Villacís, B., y Carrillo, D. (2010). *Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuesta*. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>
- Viloria, H., Paredes, M., & Paredes, L. (2003). Burnout en profesores de educación física. *Revista de psicología del deporte*, 133-146.
- Winnubst. (1993). *Organizational structure, social support and burnout*. Washington DC: Hemisphere.

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 ayudarle 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

.....

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.

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 está con su situación económica?				

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

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 TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo 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.centrodesaluddebollos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

Anexo 2.4

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 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 hart/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).