



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Burnout en Profesionales de la Salud de instituciones públicas y privadas
de la provincia de Loja – Ecuador, durante el año 2017.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Castillo Rueda, Guissella Veronica

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elizabeth, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

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.

María Elizabeth Vivanco Vivanco.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Burnout en Profesionales de la Salud de instituciones públicas y privadas de la provincia de Loja – Ecuador, durante el año 2017 realizado por Castillo Rueda Guissella Veronica, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, marzo de 2018

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Castillo Rueda Guissella Veronica declaro ser autora del presente trabajo de titulación “Burnout en Profesionales de la Salud de instituciones públicas y privadas de la provincia de Loja – Ecuador, durante el año 2017”, de la titulación de Psicología, siendo la Mgtr. María Elizabeth Vivanco Vivanco, 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 Estado Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice “Forman parte de patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f).....

Autora: Castillo Rueda Guissella Veronica

Cédula: 1104967763

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Y a mi amada hija Alisson por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja por haberme permitido ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco a mi directora de tesis Mgtr. María Elizabeth Vivanco por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico guiándome durante todo el desarrollo de mi tesis. A la Ph.D. Marina del Rocío Ramírez Zhindón por brindarme sus conocimientos y ser una guía más durante este proceso.

A los directivos de las instituciones de salud y personal médico y de enfermería que me colaboraron para que se lleve a cabo este proyecto.

A ti querida hija por tu afecto y cariño que son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y mis ganas de buscar lo mejor para ti.

A ti Roberto por tu diaria compañía, tus palabras de aliento, paciencia y comprensión

Y a todas aquellas personas que de una manera desinteresada me brindaron su ayuda y estuvieron a mi lado.

Mi agradecimiento infinito porque sin ayuda nada de esto fuera posible.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	I
Aprobación del Director del Trabajo de fin de Titulación.....	II
Declaración de Autoría y Cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice de Contenidos.....	VI-VII
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3- 4
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	5
1.1. Conceptualización del Burnout	6
1.2. Desarrollo del Término	7
1.2.1. Definiciones de las décadas de 1970	8
1.2.2. Definiciones de las décadas de 1980	9-10
1.2.3. Definiciones de las décadas de 1990	10 -11
1.2.4. Definiciones de las décadas del 2000 hasta la actualidad	11-12
1.3. Desarrollo y fases del Burnout.....	12-15
1.3.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	15
1.3.2. Leiter y Maslach (1988)	15-16
1.3.3. Leiter (1993).....	17
1.3.4. Lee y Ashforth (1993)	17-18
1.3.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)	18 -19
1.4. Consecuencias del Burnout.....	19-20
1.4.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud	20-21
1.4.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.....	21
1.4.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud	22
1.5. Modelos Explicativos del Burnout	22-23
1.5.1. Modelos Basados desde la Teoría Sociocognitiva	23
1.5.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison	24
1.5.1.2. Modelo de Autoeficacia de Cherniss.....	25-27
1.5.1.3. Modelo de Pines.....	27
1.5.1.4. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page, Cooper.....	28-29
1.5.2. Modelos Elaborados desde la teoría del Intercambio Social	29-30
1.5.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli.....	30-32
1.5.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy.....	33-34
1.5.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional	34
1.5.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter	34-36
1.5.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	36-38
1.5.3.3. Modelo de Winnubst	38-39
1.5.4. Modelos Sobre el Proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo	40
1.5.4.1. Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach Y Jackson)	40-42
1.5.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky	42-43
1.5.4.3. Modelo de Price y Murphy	43-44

1.5.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo De Gil Monte	44-45
1.6. Prevalencia del Burnout.....	45-48
1.7. Importancia del estudio del Burnout.....	49
1.8. Variables asociadas de Burnout	49-54
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	55
2.1. Objetivos	56
2.2. Preguntas de Investigación	57
2.3. Contexto de la Investigación.....	57-58
2.4. Diseño de Investigación.....	58
2.5. Muestra	58-59
2.6. Procedimiento	59-60
2.7. Instrumentos.....	60-65
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	66
3.1. Variables Sociodemográficas	67-70
3.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson)	70-71
3.3. Cuestionario de Salud General (GHQ-28)	71-72
3.4. Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	72-73
3.5. Cuestionario de Apoyo Social (AP).....	73-74
3.6. Cuestionario de Personalidad (EPQR-A).....	74-75
CAPÍTULO 4	76
Discusión.....	77-82
Conclusiones.....	83-84
Recomendaciones.....	85
Bibliografía	86-103
Anexos	104-113

RESUMEN

Los profesionales de las instituciones de salud es uno de los grupos con mayor riesgo para desarrollar síndrome de Burnout, debido a que se encuentran sometidos en líneas generales a estresores que propician el incremento de diversos niveles de estrés. El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones en médicos y enfermeras de los centros de salud públicos y privados de las ciudades de Cariamanga, Catamayo y Macará de la provincia de Loja. La metodología utilizada estuvo en relación a un método exploratorio de tipo descriptivo, transversal y correlacional. Los resultados obtenidos determinaron la ausencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras en estudio. En cuanto a las dimensiones los médicos/as presentaron en agotamiento emocional 20.7%, despersonalización 3.4% y baja realización personal 62.1%; por el contrario las enfermeras/os mostraron en agotamiento emocional 16.7%, 0% en despersonalización y 100% en baja realización personal; los resultados obtenidos permiten dar un precedente de la importancia del diseño e implementación de programas de prevención del síndrome de Burnout en estas instituciones de salud.

Palabras claves: Burnout, prevalencia, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, profesionales de la salud.

ABSTRACT

The professionals of the health institutions are one of the groups with greater risk to develop burnout syndrome, due to the fact that they are subject to stressors that encourage the increase of different levels of stress. The objective of the present study was to know the prevalence of Burnout syndrome and its three dimensions in doctors and nurses of public and private health centers in the cities of Cariamanga, Catamayo and Macará in the province of Loja. The methodology used was related to an exploratory method of descriptive, cross-sectional and correlational type. The results obtained determined the absence of Burnout syndrome in doctors and nurses under study. Regarding the dimensions, the physicians presented in emotional exhaustion 20.7%, depersonalization 3.4% and low personal accomplishment 62.1%; on the contrary, the nurses showed in emotional exhaustion 16.7%, 0% in depersonalization and 100% in low personal fulfillment; the results obtained allow us to set a precedent for the importance of the design and implementation of programs to prevent Burnout syndrome in these health institutions.

Key words: Burnout, prevalence, emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment, health professionals.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout, también conocido como Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Quemarse por el trabajo fue descrito por Freudenberger en los años setenta, pero adquiere verdadera importancia a partir de los años ochenta con los estudios de Maslach y Jackson quienes consideran al Burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, por la pérdida progresiva de la energía física, psíquica y de los recursos emocionales propios; despersonalización, manifestada por un cambio negativo de actitudes y cinismo hacia los demás, irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y falta de realización personal que representa una autoevaluación negativa. (Agudelo, et al., 2011).

Desde que se definió por primera vez y se empezó a estudiar el Síndrome de Burnout se han desarrollado una serie de intervenciones encaminadas a lograr la reducción de su incidencia. (Zazzeti, Caricavura, Ceballos, Miloc, 2011). Actualmente representa un problema de salud pública y de salud laboral, siendo más vulnerables los profesionales que mantienen una relación y contacto directo con personas, especialmente en relaciones de ayuda. Por ello, uno de los colectivos más afectado es el formado por el personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, psiquiatras, etc.). El interés del estudio de la prevalencia del Síndrome de Burnout se evidencia en las diversas investigaciones que se han realizado en diferentes países y que determinan cifras del síndrome en profesionales de la salud que van desde el 31% hasta un 42,2% (Grau, et al., 2008). En España, entre 10% y 20% sufre desgaste profesional (Gomero, Palomino, Ruiz & Llap, 2005). En Brasil, la prevalencia de burnout en profesionales de atención primaria oscila entre el 25% y 70% (Tomasi et al., 2008). Así mismo en otro estudio en personal sanitario de Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y España se determinó que el 36,3% presentaban burnout (Grau, et al., 2008).

Es por esta razón que el presente estudio busca aportar al conocimiento de este síndrome y pretende determinar la prevalencia en profesionales de la salud de las ciudades de Cariamanga, Catamayo y Macara de la Provincia de Loja. Esta investigación se encuentra distribuida en cuatro capítulos en los que se constan: marco teórico, metodología de la investigación, análisis y presentación de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, bibliografía y anexos. Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se utilizó una muestra de 40 profesionales de la salud (32 médicos/as y 8 enfermeros/as), sin embargo en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 35 profesionales de la salud (29 médicos/as y 6 enfermeros/as). Los instrumentos utilizados fueron seis cuestionarios: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD HOC, Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire GHQ28), La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social y Cuestionario de Personalidad (EPQR-A). En cuanto al diseño de la investigación se llevó mediante un método de estudio descriptivo, cuantitativo, exploratorio y no experimental, con un corte transversal y correlacional. La culminación de la investigación se dio con el cumplimiento de todos los objetivos planteados en un principio cuyos resultados se encuentran expresados en las respectivas tablas que contiene el presente estudio.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del burnout

El burnout ha sido un tema tratado durante más de cuatro décadas por diversos teóricos que han trabajado en el área del estrés laboral. El surgimiento del término es anglosajón, sin embargo, no existe acuerdo para una definición única y sus traducciones al español han sido diversas como “síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros” (Gutiérrez et al.,2006, p.306).

Sos et al. (2002) afirman:

El término desgaste profesional (burnout) se utiliza para describir un tipo de estrés laboral e institucional que se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen una relación constante y directa con las personas que son los beneficiarios de su propio trabajo, en concreto personal sanitario, docentes, fuerzas de orden público, etc. (p.614)

El síndrome de burnout describe un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Se caracteriza por tres dimensiones: a) cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y c) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional (Carrillo, Gómez & Espinoza de los Monteros, 2012).

Por lo tanto, podemos resumir entonces: que el síndrome de burnout es un trastorno adaptativo, crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios.

1.2. Desarrollo del término

El síndrome burnout constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad actual. El elevado ritmo de vida, la transformación de los mercados y la estructura del sector económico (caracterizados por un incremento del trabajo emocional y mental), las exigencias de mayor calidad del trabajo, junto con la ruptura del contrato psicológico y los costos que el burnout supone para las personas y las organizaciones, ha despertado el interés en conocer y tomar medidas para prevenir el burnout. En este sentido, Cherniss (1980) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios.

El estudio del Burnout a nivel científico ha permitido el desarrollo del concepto hasta nuestros días. Originalmente, Freudenberger (1974) y Maslach (1976) consideraron el Burnout como un síndrome que aparecía en individuos que trabajaban con personas o profesionales de servicios como profesionales de la salud, educadores, entre otros; y que estaba compuesto por las 3 dimensiones básicas como agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. Recientemente el estudio del burnout se ha ampliado a todo tipo de profesiones y grupos ocupacionales (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, y Grau, 2000). En los últimos 40 años se han realizado numerosas investigaciones desde diferentes aproximaciones sobre el síndrome de burnout, las cuales han intentado, inicialmente, delimitar el concepto y generar modelos explicativos, pasando posteriormente a un acentuado interés por la evaluación y el diagnóstico de esta problemática, lo que permitiría finalmente generar estrategias eficaces de prevención e intervención.

1.2.1. Definiciones de las décadas de 1970

El término apareció por primera vez en 1974, en Estados Unidos, cuando lo utilizó el psiquiatra norteamericano Herbert J. Freudenberger que lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo. Freudenberger, quien observó que, al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios que laboraban en la Free Clinic para toxicómanos en Nueva York sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, desmotivación laboral y agresividad con los pacientes. (Prieto et al., 2002).

Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el Burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas. Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo. Según este autor, el síndrome de burnout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar

con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios.

1.2.2. Definiciones de las décadas de 1980

En esta década Edelwich (1980) definió el burnout como “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”, y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo

Posteriormente, Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”. Para estos autores, el burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional.

Farber (1983) define el burnout como un síndrome relacionado con el trabajo, que surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos y los resultados. Se caracteriza por agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los usuarios, sentimiento de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional,

actitudes de rechazo hacia el trabajo y diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, tristeza y baja autoestima.

Para Price y Murphy (1984), el burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral caracterizado por sentimientos de desorientación, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa debido al fracaso profesional, soledad y tristeza.

Por su parte el burnout adquirió verdadera importancia cuando la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley, California en Estados Unidos de Norteamérica, retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el síndrome de agotamiento profesional o burnout y en conjunto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canadá, en 1986 fue descrito como “ un síndrome que puede ocurrir en los individuos que trabajan con personas, caracterizado por agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal” (Lopez,2016, p.92). De igual manera desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llaman cuestionario de Maslach, que desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo; este ha sido traducido al español por el doctor José Carlos Minote Adan de la Universidad Complutense de Madrid, España.

1.2.3. Definiciones de las décadas de 1990

La OMS (1992) tomó la decisión de incluir al Burnout como un factor de riesgo para la Salud, optando por definir que el Burnout es un tipo de estrés laboral que afecta específicamente a los profesionales que mantienen un contacto constante y directo con los beneficiarios de su trabajo, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio.

Mingote & Pérez (1999) definen el síndrome de desgaste profesional como:

La consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento. (p.43).

Para estos autores, el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por una serie de factores, como es la presencia de síntomas disfóricos, especialmente de agotamiento emocional, incluyéndose también la aparición de alteraciones conductuales (despersonalización en la relación con el enfermo) como evasividad, absentismo o conductas adictivas, y son frecuentes los síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. En este síndrome aparece también una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja realización personal y disminución del rendimiento laboral, con desmotivación y desinterés.

1.2.4. Definiciones de las décadas del 2000 hasta la actualidad.

Ferrer (2002) define al burnout con las siguientes características: (a) estrés crónico progresivo que se desarrolla a lo largo de uno a tres años; (b) no acostumbra a generarse por sobrecarga cuantitativa de trabajo, sino por aspectos cualitativos; (c) las personas afectadas habían estado previamente motivadas por su tarea; (d) los primeros síntomas son la disminución de la eficacia y eficiencia, con sensación de cansancio físico y emocional injustificado, seguido del empobrecimiento de las relaciones personales, desconexión de las tareas y absentismo físico, con retrasos para incorporarse al lugar de trabajo y aumento de errores y quejas; (e) se pierden las razones y las motivaciones que justificaban la dedicación y el esfuerzo; (f) no se recupera el estado habitual con el descanso, como sería el caso de la fatiga derivada de ciertos esfuerzos claramente

identificados, u otras formas de estrés; (g) su diagnóstico es válido y fiable, si lo llevan a cabo profesionales de la salud laboral o clínica, mediante cuestionarios y entrevistas.

Schaufeli, Leiter y Maslach (2009), después de analizar las definiciones existentes sobre el burnout, encuentran que éstas varían según el contexto, alcance, precisión e incluso las intenciones de quien las usa, pero, concluyen que coinciden en cinco aspectos:

- ✓ Predominan los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional.
- ✓ El acento está en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos (es psíquico).
- ✓ Es un fenómeno relacionado con el trabajo (es laboral u ocupacional).
- ✓ Sus síntomas son observados en individuos normales y no patológicos (es una alteración psicosocial, pero no necesariamente es una enfermedad).
- ✓ Existe un decremento en la efectividad y el desempeño laboral debido a las actitudes negativas y conductas que implica (afecta a la productividad).

1.3. Desarrollo y fases del burnout

La aparición del Síndrome de Burnout no surge de manera súbita, sino que emerge de forma paulatina, en una sucesión de etapas y con un incremento progresivo de la severidad, por lo que se considera un proceso continuo (Gil-Monte &Peiró, 1997).

En 1980, Edelwich y Brodsky, distinguieron en su obra el desarrollo del Síndrome de Burnout, cuatro FASES:

1. **Fase de entusiasmo o luna de miel:** Es el período inicial de apasionamiento en el que la persona quiere dar, cada día, más de sí misma. El trabajo parece estupendo, lo es todo, y la persona se encuentra pletórica de energías para afrontarlo, de manera que todo parece posible. Además, el trabajador cree que su empleo satisfará todas sus

necesidades y solucionará todos sus problemas, y generalmente está satisfecho tanto con los compañeros como con la empresa.

2. **Fase de estancamiento (El despertar):** Como ocurre con la luna de miel en otras situaciones de la vida, ésta no dura eternamente, y el trabajador comienza a darse cuenta de que lo que se había planteado en ese inicial período idílico, no responde exactamente a la realidad. Se produce una percepción de que las recompensas personales, profesionales y materiales, no son las que se esperaban. Todo empieza a verse de otro color y se empiezan a encontrar problemas. Es una fase positiva, en el sentido de que es mucho más realista y objetiva que la anterior, y a la que hay que llegar a ella en algún momento de la vida laboral. El inconveniente es comenzar a deslizarse hacia la siguiente fase, empezando así el lento e insidioso desgaste profesional.

3. **Fase de frustración (Tostamiento):** El entusiasmo y energía se han ido transformando en una fatiga crónica e irritabilidad. Empiezan a aparecer repercusiones a nivel psicofisiológico, perdiéndose la motivación que justificaba la dedicación y esfuerzos anteriores. En el desempeño laboral, el individuo se vuelve indeciso y baja la productividad, con el consiguiente deterioro tanto en la cantidad como en la calidad del trabajo, comenzando a percibir este cambio tanto los compañeros como los superiores. Si la frustración se mantiene, las actitudes y comportamientos negativos van derivándose hacia la etapa más avanzada, sintiéndose el profesional cada vez más frustrado e irritado, percibiendo que tiene que esforzarse cada vez más para hacer el mismo trabajo que antes encontraba fácil, mostrándose cínico, distanciado y abiertamente crítico con la organización, el tipo de trabajo, los superiores y los compañeros. Problemas como la depresión, la ansiedad o enfermedades físicas empiezan a aparecer, así como el consumo de drogas, alcohol o fármacos.

4. **Apatía (El Burnout ya instalado):** Si la anterior fase no es interrumpida por la acción del propio afectado o por otra persona de su entorno, la frustración se convierte en

apatía en un período de tiempo que oscila para cada trabajador, siendo la desesperanza la nota predominante de esta última etapa del Síndrome de Burnout. El profesional experimenta un abrumador sentimiento de fracaso y una devastadora pérdida de autoestima y autoconfianza, sintiéndose deprimido y con ideación negativa acerca del futuro. Presenta alteraciones tanto física como mentalmente.

Desde una perspectiva psicosocial, los estudios que abordan el Síndrome de Burnout, se diferencian en el orden secuencial en el que establecen la aparición y el desarrollo de las dimensiones que lo configuran: Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal en el trabajo, las cuales consisten en:

Cansancio Emocional: Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

Despersonalización: Desarrollo de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Los profesionales generan una visión deshumanizada de las personas a las que atienden debido a un endurecimiento afectivo.

Falta de Realización Personal en el trabajo: La tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y, de forma especial, esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales.

Las diferencias entre los planteamientos teóricos radican en la dimensión que presentan como primera respuesta al Estrés Laboral percibido, en la secuencia de

progreso del Síndrome y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto. Concretamente, las perspectivas que se presentan son las siguientes: Golembiewski et al. (1983), Leiter y Maslach (1988), Leiter (1993), Lee y Ashforth (1993a).

1.3.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

Presentan el primer modelo que aparece en la literatura como resultado de estudios empíricos, fundamentado en una serie de fases. Para estos autores, el desarrollo de actitudes de despersonalización es el síntoma inicial del desarrollo del Síndrome de Burnout, entendiéndolo como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés. La secuencia de las otras dos dimensiones sería experimentar baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo cansancio emocional.

Este modelo contempla ocho fases en el proceso del Síndrome, tomando como referencia las puntuaciones en las tres dimensiones obtenidas en el MBI, mediante la dicotomización de éstas en función de la media. Es decir, dependiendo de que la puntuación alcanzada en cada dimensión sea superior o inferior a la media, se asignan a los sujetos en dos grados: alto o bajo. Por tanto, la fase a la que es asignado cada sujeto depende de la combinación de la puntuación en las tres dimensiones.

1.3.2. Leiter y Maslach (1988)

Desde este planteamiento, los sentimientos de Cansancio Emocional son el elemento central del Síndrome, generando despersonalización (intento fallido de manejar los sentimientos persistentes de cansancio emocional mediante el distanciamiento personal) y falta de realización personal en el trabajo, además de otras consecuencias (aumento del absentismo o falta de compromiso con el trabajo) (Leiter, 1988).

Concretamente, señalan que como consecuencia de los estresores laborales, los sujetos desarrollan sentimientos de Cansancio Emocional que, posteriormente, dan lugar a la aparición de actitudes de despersonalización orientadas hacia su trabajo, y como consecuencia de todo ello pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo. Por tanto, en el proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout, las actitudes de despersonalización son una variable mediadora entre los sentimientos de cansancio emocional y los de baja realización personal en el trabajo.

Otros autores también destacan como rasgo fundamental del Síndrome de Burnout el cansancio emocional (Álvarez y Fernández, 1991), definiéndolo como la sensación de no poder dar más de sí mismo, y ante tal sentimiento negativo, el sujeto, para protegerse, trata de aislarse de los demás desarrollando así una actitud impersonal hacia los “clientes” y los miembros del equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, produciéndose un descenso de su compromiso laboral. Todos estos recursos suponen para él una forma de aliviar la tensión experimentada, de manera que, al restringir el grado o la intensidad de la relación con las demás personas, está tratando de adaptarse a la situación aunque lo haga por medio de mecanismos neuróticos. El tercer rasgo esencial es el sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas debidamente. Este componente puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia. Ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión a los que le observan que su interés y dedicación son inagotables.

1.3.3. Leiter (1993)

Leiter (1993) reformula su planteamiento como consecuencia de unos trabajos que realiza (Leiter 1990, 1991) en los que como resultado del análisis (ecuaciones estructurales) de las relaciones entre las dimensiones del MBI y un grupo de variables antecedentes y consecuentes del Síndrome de Burnout, obtiene que la relación entre la despersonalización y realización personal en el trabajo no resulta significativa, como en un principio hipotetizó. En este nuevo modelo se mantiene la relación hipotetizada entre cansancio emocional y despersonalización, es decir, la respuesta inicial del sujeto ante los estresores del entorno son los sentimientos de cansancio emocional, que según aumentan y se cronifican se desarrollan actitudes de despersonalización como una manera de abordarlos.

A diferencia del modelo anterior, señala que: 1) Los sentimientos de despersonalización no median la relación entre cansancio emocional y realización personal en el trabajo; 2) La baja realización personal en el trabajo es consecuencia directa de los estresores laborales y surge de forma paralela a los sentimientos de cansancio emocional como respuesta del sujeto a esos estresores laborales (en especial a la falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente); y 3) No establece ninguna hipótesis en el tipo de relación entre los sentimientos de realización personal en el trabajo y las actitudes de despersonalización.

1.3.4. Lee y Ashforth (1993)

La aportación de estos autores es considerar la Despersonalización y la baja Realización Personal en el trabajo como consecuencia directa de los sentimientos de Cansancio Emocional.

En este sentido, tampoco consideraban la Despersonalización como una variable mediadora, a diferencia de Leiter y Maslach (1988). No obstante, y aunque este planteamiento del proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout presenta deficiencias metodológicas, ha sido adoptado por otros autores (Van Dierendonck, Schaufeli y Sixma, 1994; Schaufeli y Van Dierendonck, 1993).

1.3.5. Gil-monte, Peiró y Valcárcel (1995).

Como alternativa a las insuficiencias de las perspectivas anteriores, desarrollan una visión del proceso del Síndrome de Burnout en la que se integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. En este sentido, el Síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de cansancio emocional, surgiendo las actitudes de despersonalización como estrategia de afrontamiento, ante la experiencia crónica de las otras dos dimensiones (Gil-Monte, Peiró, y Valcárcel, 1995).

Estudios empíricos posteriores y la revisión de la literatura sugieren que los sentimientos de culpa podrían ser una dimensión del Síndrome de Burnout adicional a las tres mencionados (Farber y Miller, 1981; Maslach, 1982; Price y Murphy, 1984). De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones: 1) Caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran el Síndrome, se pueden adaptar al entorno laboral, no resultando incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios y para la organización; y 2) Incorpora la aparición de sentimientos de culpa como una dimensión más del Síndrome.

La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del Burnout que intensifica sus dimensiones y lo hace perverso, puesto que llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994), pero como las condiciones del entorno laboral no cambian (sólo cambian los usuarios que presentan idénticos problemas) disminuirá la realización personal en el trabajo y aumentarán los niveles del cansancio emocional y de despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del Síndrome (Gil-Monte, 2005, 2007). De esta manera, a medio o largo plazo, se producirá un deterioro de la salud del trabajador, aumentará su tasa de absentismo, y su deseo de abandonar la organización y la profesión (Gil-Monte, 2005).

1.4. Consecuencias del burnout

Las consecuencias de este problema son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, mayor facilidad para la adicción a drogas, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo, alta movilidad laboral, disminución del rendimiento laboral, mayor posibilidad de errores, alteraciones en la memoria y aprendizaje e inclusive trastornos de índole sexual. (Gutiérrez et al., 2006).

La relevancia del estrés sobre la salud es una constatación creciente, como lo es el aumento del estrés laboral en general y específicamente del estrés laboral médico. Una consecuencia de ello ha sido el incremento del burnout o desgaste profesional médico. Aunque las tasas de desgaste profesional pueden variar en función de contextos organizacionales y poblaciones específicas, todos los datos indican tasas altas de prevalencia en la población médica. Las consecuencias del síndrome son amplias e

importantes y afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico.

1.4.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud

El profesional que se va viendo afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, a pesar de poner en juego todos sus recursos personales. Se produce un deterioro general: cognitivo, emocional, conductual y físico.

Los síntomas de *burnout* pueden ser agrupados en físicos, emocionales y conductuales

a. Síntomas físicos: malestar general, cefaleas, fatiga, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, asma, alergias, dolores musculares (espalda y cuello) y cansancio hasta el agotamiento y en las mujeres pérdida de los ciclos menstruales.

b. Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alineación. Predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.

c. Síntomas conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, agresividad, aislamiento,

negación, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos).

Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social Extra laboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento.

1.4.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud

En cuanto a las consecuencias negativas del burnout sobre el trabajo se enumera las siguientes:

-) Se deteriora la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja).
-) Disminuye la capacidad de trabajo.
-) Disminuye el compromiso.
-) Desciende la eficacia y el rendimiento.
-) Aumenta el absentismo y la desmotivación.
-) Aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización.
-) Disminuye la calidad de los servicios que se prestan a los clientes
-) Surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo.
-) Aumentan las quejas de usuarios o clientes.

Todos estos problemas conllevan una serie de costes directos e indirectos para las empresas que resultan muy elevados.

1.4.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud

Las condiciones laborales de los profesionales de la medicina implican trabajo a turnos y nocturno, realización de guardias, horarios prolongados de trabajo y otras condiciones ergonómicas que pueden incidir directamente en hábitos de salud como las horas de sueño o los estilos de alimentación. Estas condiciones laborales son además en ocasiones difíciles de conciliar con una vida familiar, social y de ocio satisfactorio, lo que puede actuar como un factor de riesgo más en procesos de estrés o desgaste profesional e influenciar en el ámbito socio-familiar del médico, deteriorando las relaciones y aumentando los conflictos. Son frecuentes los problemas en la familia por dificultades de comunicación, irritabilidad, hostilidad y rupturas familiares, así como un progresivo aislamiento social y un enfriamiento de las relaciones interpersonales (Mingote, Moreno & Gálvez, 2004).

1.5. Modelos explicativos del burnout

Son modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo, que se caracterizan por otorgar a las variables (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983). Según Harrison la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera van a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. (Gil-Monte, 2001).

Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), el modelo de Pines (1993) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993). En los tres primeros modelos la

autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome, mientras que en el modelo de Thompson et al. (1993) es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

1.5.1. Modelos Basados desde la Teoría Sociocognitiva

Están basados en el trabajo desarrollado por Albert Bandura (1989), los cuales se caracterizan por dos parámetros principales:

a) Las cogniciones de los individuos: Las cuales influyen en lo que perciben y hacen, y que se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás

b) La creencia o grado de seguridad, por parte de un sujeto, en sus propias capacidades: Lo cual determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos, la facilidad o dificultad en conseguirlos y las reacciones emocionales que acompañan a la acción.

Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc. entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

1.5.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).

Desde este modelo, se asume que la mayoría de las personas que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivadas, siendo las circunstancias de su entorno laboral las que modularán esta motivación primaria. En este sentido, aquellas circunstancias que facilitan la actividad del sujeto (factores de ayuda) la aumentarán, mientras que aquellas que la dificulten (factores barrera) la reducirán. Entre estos factores se encuentran la toma de decisiones, la capacitación profesional (conocimientos y preparación), objetivos laborales realistas, ambigüedad de rol, disponibilidad y disposición de los recursos, sobrecarga laboral, retroalimentación recibida, nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, entre otros.

Los sentimientos de competencia y la eficacia percibida son algunos de los principales factores asociados al Síndrome de Burnout, señalando que la eficacia en la consecución de los objetivos laborales va a estar predeterminada por la motivación que el sujeto tenga, es decir, a mayor motivación mayor eficacia laboral. Por tanto, cuando un sujeto se encuentra en su entorno laboral factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, puesto que el sujeto no acaba de conseguir sus objetivos y afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Cuando esta situación se mantiene en el tiempo, aparece el Síndrome de Burnout, que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar.

Si por el contrario, el sujeto está rodeado de factores de ayuda se producirá el efecto inverso, es decir, la efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del sujeto. A su vez, dichos sentimientos son altamente reforzantes, por lo que mantendrán e incrementarán la eficacia percibida e influirán de manera positiva en la motivación para ayudar.

1.5.1.2. Modelo Explicativo de Cherniss (1993)

Este modelo se fundamenta en el planteamiento formulado por Hall (1976) y las ideas de Bandura (1989) sobre autoeficacia percibida para explicar la etiología del Síndrome de Burnout. Desde esta perspectiva, se conceptualiza al Síndrome en un marco de interacciones en el que las fuentes de estrés que están en su base, se relacionan con la influencia del marco laboral, las características de la persona y el cambio de actitudes de la misma:

) El marco laboral, es un agente potencial en el que se destacan: Orientación, carga de trabajo, estimulación, ámbito de clientes y contactos, autonomía, estilo de dirección y supervisión, y existencia de aislamiento social;

) La persona, cuenta con otros factores potenciadores o inhibidores del estrés: Orientación profesional, apoyos de los que se dispone y demandas existentes fuera del trabajo; y

) Cambio de actitudes, dando lugar a diversas posibilidades de variación en: Las metas laborales, la responsabilidad personal de los resultados, el idealismo/ realismo ante el trabajo, la indiferencia emocional, la mayor o menor alienación en el trabajo o los auto-intereses. Según sean estos cambios, las fuentes de estrés decrecerán o se incrementarán dando lugar, en este último caso, a la posible aparición del Síndrome de Burnout (Cherniss, 1980b, 1980c).

De manera concreta, cuando una persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito en la realización de una tarea, su motivación y satisfacción laboral aumentan (independientemente de la realización objetiva alcanzada), influyendo estos sentimientos subjetivos de éxito en que el sujeto alcance objetivos, se implique en el trabajo y su autoestima aumente. Por el contrario, cuando el sujeto experimenta sentimientos de fracaso disminuye su ejecución, aumenta su apatía y desinterés, desprecia el valor de las recompensas intrínsecas del puesto adquiriendo más valor el aspecto material, pone en

marcha mecanismos de defensa para defender su autoconcepto, provoca enfrentamientos con la organización y se retira emocionalmente, incluso llegando a abandonar su ocupación (Hall, 1976). Estos sentimientos de fracaso son los que se corresponden con las dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, porque los describen adecuadamente, mientras que las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el Síndrome son aquellas que facilitan que el sujeto desarrolle sentimientos de éxito, es decir: Un alto nivel de desafío del puesto, autonomía y control, apoyo social del supervisor y compañeros, y retroalimentación de los resultados.

En este modelo se señala que es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el Síndrome de Burnout. Para ello recurre al concepto de autoeficacia percibida de Bandura (1989), entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan. Asumiendo que en la etiología del Síndrome tiene un papel central la autoeficacia, se puede explicar por qué ciertas características del entorno laboral (por ejemplo, una baja autonomía) conducen especialmente a padecerlo. El éxito y el logro de los objetivos aumentan los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en la consecución de estos objetivos propuestos conlleva sentimientos de fracaso, y una baja percepción de autoeficacia, pudiendo derivar en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

A su vez, se establece una relación de unión entre los sentimientos de autoeficacia, compromiso y motivación, y entre la primera y el estrés. La relación entre autoeficacia y estrés se explica de la siguiente manera: Cuando los sujetos perciben una buena autoeficacia se muestran más resistentes al estrés en las situaciones de amenaza, y a su vez, las situaciones son menos estresantes cuando los sujetos creen que pueden

afrontarlas de manera exitosa. Puesto que el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés, la relación entre autoeficacia y estrés sugiere también relación con el Síndrome.

1.5.1.3. Modelo de Pines (1993)

El desarrollo del Síndrome de Burnout, parte de sujetos que están muy motivados por su labor y que se identifican altamente con su trabajo, atribuyéndole un significado existencial. Cuando fracasan en alcanzar sus objetivos, se frustran sus expectativas y sienten que no es posible realizar una contribución significativa a la vida. Este planteamiento es similar al modelo de Harrison (1993), aunque se consideran dos conceptos claves: Motivación y Sentido existencial para hacer referencia a aquellos casos en que los profesionales justifican su existencia por la labor (humanitaria y de ayuda) que desarrollan en su puesto de trabajo.

Por tanto, el Síndrome de Burnout es el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de un sentido existencial en sujetos altamente motivados, por lo que sólo los sujetos que intenten darle un sentido existencial a su trabajo llegarán a padecer el Síndrome, mientras que las consecuencias que puede experimentar un sujeto que no esté inicialmente muy motivado será estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no Síndrome de Burnout.

1.5.1.4. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)

Partiendo del modelo de autocontrol de Carver y Scheier (1982) para explicar el proceso de estrés, Thompson et al. (1993) definen la etiología del Síndrome de Burnout atendiendo a cuatro variables:

-) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.

) El nivel de autoconciencia (self-focus) del sujeto, considerada como un rasgo de personalidad y entendida como la capacidad del sujeto de autorregular sus niveles de estrés percibidos durante el desarrollo de una tarea dirigida a alcanzar un objetivo.

) Las expectativas de éxito.

) Los sentimientos de autoconfianza.

El reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y los recursos, puede intensificar el nivel de autoconciencia en algunos sujetos, afectando negativamente a su estado de ánimo (afecto), que consecuentemente repercutirá en una falta de confianza percibida para resolver tales discrepancias y en bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo.

A su vez, aquellos sujetos que presentan una alta autoconciencia, se caracterizan por una tendencia acusada a autoperibirse y concentrarse en su experiencia de estrés, percibiendo mayores niveles de estrés que aquellos sujetos con una autoconciencia baja. Cuando los intentos de alcanzar los objetivos propuestos son frustrados, los sujetos que presentan un alto rasgo de autoconciencia y pesimismo, tienden a resolver las dificultades retirándose de manera mental o conductual de la situación conflictiva.

Las conductas de retiro son las que se equiparan a las de Despersonalización, puesto que se observa en los profesionales una tendencia a abandonar los intentos de reducir las discrepancias percibidas en la consecución de los objetivos. En cambio, cuando los sujetos no pueden llevar a cabo estas conductas de abandono, aparece el retiro psicológico como respuesta a los sentimientos de desamparo profesional, encuadrándose en este tipo de retiro los sentimientos de cansancio emocional.

La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en aquellos profesionales que permanecen en sus puestos, potencia el retiro del esfuerzo que deberían dirigir en la resolución de las discrepancias, lo que implica una forma de distanciamiento frente a la experiencia o riesgo de experimentar emociones negativas. Los altos niveles de autoconciencia, por un lado, aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida y, por otro lado, la predisposición a adoptar unas expectativas optimistas de éxito en la resolución de las discrepancias, pudiendo reforzar la confianza de los sujetos en su habilidad para reducir dichas discrepancias existentes y así, promover su persistencia en los intentos de minimizarlas.

1.5.2. Modelos Elaborados desde las Teorías del Intercambio Social.

Estos modelos se fundamentan en los principios teóricos de la Teoría de la Equidad (Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la Teoría de la Conservación de Recursos (Modelo de Hobfoll y Freedy, 1993).

De manera general, proponen que el Síndrome de Burnout tiene su etiología, principalmente, en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social, cuando se establecen relaciones interpersonales.

En este sentido, si los sujetos perciben de manera continuada que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán el Síndrome de Burnout. No obstante, cada uno de los modelos elaborados desde las Teorías del Intercambio Social introduce una serie de variables que los diferencia entre sí.

1.5.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).

Formulan su modelo para explicar la etiología del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Concretamente, en esta categoría profesional establecen un doble origen: Por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros, siendo la respuesta a los estresores las dimensiones que configuran el Síndrome de Burnout, las cuales tienen consecuencias tanto para el individuo como para la organización, incluyendo la influencia de las variables de personalidad.

Dentro de los estresores del contexto laboral de los profesionales de enfermería, se atienden dos tipos de procesos:

1. Procesos de intercambio social con los pacientes: Donde se identifican tres variables estresoras relevantes para el desarrollo del Síndrome:

) Incertidumbre: Falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar. No alude a la información disponible en el entorno laboral (al contrario que la ambigüedad de rol).

) Percepción de equidad: Equilibrio percibido entre lo que los sujetos dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones.

) Falta de control: Posibilidad por parte del sujeto de controlar los resultados de sus acciones laborables.

El rol de enfermería genera bastante incertidumbre, debido a que los profesionales experimentan dudas con cierta frecuencia sobre hasta qué punto se deben implicar con los pacientes, cómo tratar sus problemas, e inseguridad sobre si su modo de hacer las cosas es el adecuado. A su vez, las expectativas de recompensa y equidad aparecen frustradas frecuentemente, pues la interacción con los pacientes no resulta recompensante porque suelen estar ansiosos y preocupados.

Además, existen una serie de variables que no pueden ser controladas por estos profesionales: la cooperación de los pacientes y su recuperación o muerte, las decisiones médicas y administrativas, los procedimientos burocráticos, la falta de apoyo social, y los conflictos con los médicos y con los compañeros.

2. Procesos de afiliación y comparación social con los compañeros: En este tipo de proceso serían tres variables las que se señalan:

-) No apoyo social.
-) Miedo a críticas.
-) Contagio.

Los profesionales de enfermería, en situaciones de estrés, no buscan apoyo social, sino que por el contrario, evitan la presencia de los compañeros y rehúyen su apoyo por miedo a ser criticados o etiquetados de incompetentes. En estos casos, el apoyo social de los compañeros adquiere un rol contraproducente, puesto que las interacciones amenazan la autoestima de los sujetos. Junto a la falta de apoyo social que contribuye al desarrollo del Síndrome de Burnout, los procesos de afiliación social también llevarían a situaciones de contagio, en el sentido de que las personas que presentan altas necesidades de comparación social adoptarían los sentimientos o actitudes del Síndrome que perciben en sus compañeros.

La relación entre estas variables antecedentes y las dimensiones del Síndrome de Burnout, se encontrarían modulados por las siguientes variables de personalidad:

-) Sentimientos de autoestima.
-) Niveles de reactividad del sujeto: La intensidad de la respuesta del sujeto ante estímulos internos y externos.

J Orientación en el intercambio: Predisposición de los individuos hacia la reciprocidad, la recompensa inmediata y equivalente, o no aceptar favores que no puedan ser devueltos a corto plazo.

En relación a las dimensiones del MBI, los autores indican que el Síndrome tiene un doble componente: Emocional (Cansancio Emocional) y Actitudinal (baja Realización Personal en el trabajo y Despersonalización). En este sentido, los sentimientos de Cansancio Emocional son entendidos como una reacción ante el Estrés Laboral determinada por características individuales; la Despersonalización es una estrategia de afrontamiento ante los sentimientos de Cansancio Emocional, caracterizada por el desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes y se da, preferentemente, entre los profesionales de enfermería que presentan una fuerte necesidad de reciprocidad en las relaciones sociales; y los sentimientos de baja Realización Personal en el trabajo, se caracterizan por una actitud negativa hacia sí mismo en relación al desempeño del trabajo, entendiéndose como una estrategia de afrontamiento ante los sentimientos de Cansancio Emocional, pero asociada a la existencia de bajos niveles de autoestima.

Este modelo se ha confirmado parcialmente en trabajos de carácter empírico, los cuales han considerado relacionados con el Síndrome de Burnout: La incertidumbre, la falta de equidad y de apoyo social. (Buunk, Schaufeli & Ybema, 1994; Van Dierendonck et al., 1994).

1.5.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy (1993)

Está basado en la Teoría de Conservación de Recursos elaborada por Hobfoll (1989), para explicar el desarrollo del estrés, el cual surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado.

Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores, al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional, subrayando la importancia de las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y de sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia (Hobfoll & Freedy, 1993).

En este modelo, los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos, dado que es más importante tener unos niveles mínimos, que conseguir recursos extras. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del Síndrome de Burnout. No obstante, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdida.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores, también influirá sobre el Síndrome de Burnout. En este sentido, y dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo, disminuirá el riesgo de padecerlo, pues conllevan una ganancia de recursos. Por tanto, se señala que para prevenir el Síndrome, hay que enfatizar la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz del trabajo y, en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones de los trabajadores. Si éstos consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los que ya poseen, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva y, consecuentemente, disminuirán los niveles de estrés percibido y del Síndrome de Burnout

1.5.3. Modelos Elaborados desde la Teoría Organizacional.

Los modelos basados en la Teoría Organizacional, incluyen como antecedentes del Síndrome de Burnout las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Pertenecen a este grupo: 1) El modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), que destaca las disfunciones de los procesos de rol y, de manera especial, la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del Síndrome; 2) El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), que resalta la importancia de la salud de la organización; y por último 3) El modelo de Winnubst (1993), que enfatiza la importancia de la estructura y el clima organizacional, en relación con el modelo de Mintzberg (1979) que hace especial hincapié a la cultura empresarial

Todos estos modelos se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante el Síndrome de Burnout, como respuesta al Estrés Laboral (Gil-Monte & Peiró, 1999).

1.5.3.1. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

Los autores parten de la concepción del Síndrome de Burnout que ofrece el MBI (Maslach y Jackson, 1981), entendiendo que la dimensión que mejor describe y predice su aparición es la Despersonalización, seguida de la falta de Realización Personal y, por último, el Cansancio Emocional.

Dicotomizan las puntuaciones obtenidas en el Inventario en altas y bajas, lo que combinado con las tres subescalas citadas del MBI, en el orden indicado, se obtiene ocho configuraciones del Síndrome que denominan fases y que clasifican de la I (bajas puntuaciones en todas las dimensiones) a la VII (altas puntuaciones en todas las dimensiones)

El Síndrome de Burnout es definido como un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo, como una forma de respuesta al Estrés Laboral y a la tensión que les genera, diferenciándose las tres dimensiones. Concretamente, en relación al Síndrome de Burnout, el estrés está generado básicamente por situaciones de:

) Sobrecarga laboral: Cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo.

) Pobreza de rol: Cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo.

En ambos casos, los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de Estrés Laboral, el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante.

Dicho distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía) o, por el contrario, un carácter contraproducente (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato o ignorar a la persona). En este segundo caso se habla de Síndrome de Burnout, pues el distanciamiento contraproducente se corresponde con la variable considerada como actitudes de Despersonalización.

En un primer momento, aunque el trabajador busca resolver las situaciones de forma constructiva, la persistencia de las condiciones de sobrecarga o pobreza de rol, le llevan a tratar a los demás como objetos (actitudes de Despersonalización que corresponden a la primera fase del episodio del Síndrome). Posteriormente, el trabajador

desarrollará una experiencia de baja Realización Personal en el trabajo y, a más largo plazo, Cansancio Emocional. Cuando el trabajador se encuentra en las fases avanzadas del Síndrome, y como consecuencia de éste, disminuye su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad. También experimenta más tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hilles y Daly, 1987). Por último, señalar que los autores de este modelo plantean desde el principio que, para comprender el Síndrome de Burnout, habría que estudiar las cogniciones que el individuo realiza ante los eventos aversivos generadores del Síndrome. A su vez, detallan que el Síndrome no es exclusivo de aquellos profesionales que trabajan en contacto directo con los receptores de su trabajo, sino que se puede desarrollar en todo tipo de profesiones (por ejemplo, directivos, vendedores o profesiones que no trabajan en servicios), a diferencia de lo que indican otros autores (Cox et al., 1993; Maslach & Jackson, 1981).

1.5.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).

Aborda el Síndrome de Burnout desde la perspectiva transaccional del Estrés Laboral (Cox, 1978; Cox y Mackay, 1981), entendiendo al primero como una respuesta del segundo que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador (específicamente entre profesionales de los servicios humanos), no resultan eficaces para manejar el Estrés Laboral y sus efectos, siguiendo la misma línea de los trabajos de Leiter y colaboradores (Leiter, 1989; Leiter y Maslach, 1988).

Entre las variables que se incluyen en el Modelo Transaccional se encuentran “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Dichas variables (indicadores de bienestar) son una parte de la respuesta al Estrés Laboral y están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta

emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador. Señalan que la experiencia de Cansancio Emocional (dimensión central del Síndrome de Burnout), está teórica y empíricamente relacionada con “sentirse gastado”, y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar.

La Despersonalización es considerada como una estrategia de afrontamiento que surge frente a los sentimientos de Cansancio Emocional, mientras que los sentimientos de baja Realización Personal en el trabajo, son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas.

A su vez, los autores hipotetizan que la “Salud de la organización” puede ser una variable moduladora de la relación Estrés-Síndrome de Burnout. Esta variable viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos son percibidos coherentemente por sus miembros. Este constructo ha sido identificado como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta desarrollada por los trabajadores ante el estrés. Aunque no existe evidencia empírica, apuntan que la Realización Personal en el trabajo, podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de Cansancio Emocional ejercen sobre las actitudes de Despersonalización.

1.5.3.3. Modelo de Winnubst (1993)

Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo, como variables antecedentes del

Síndrome de Burnout. Este autor, considera que el Síndrome afecta a todo tipo de profesionales (y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda), y señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes:

) Burocracia mecánica: Se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización. Refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas.

) Burocracia profesionalizada: Se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización. Refuerza la creatividad y la autonomía.

Los antecedentes del Síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias mecánicas, el Síndrome de Burnout es causado por el Cansancio Emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la estructura. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas, el Síndrome está causado por la relativa laxitud de esa estructura, que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales

Por otra parte, los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical y el apoyo social es, en su mayor parte, de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical, siendo el apoyo social, en mayor medida, de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afecta de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional. En este sentido, puesto que a través del apoyo social es posible influir sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura

organizacional, esta variable es considerada en el modelo una variable central de cara a su influencia sobre el Síndrome.

En conclusión, este modelo se basa en cuatro supuestos:

1. Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.

2. Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral, por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.

3. Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social, se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.

4. Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y Síndrome de Burnout.

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

1.5.4. Modelos sobre el Proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo

1.5.4.1. Modelo Tridimensional de MBI-HSS (Maslach y Jackson)

Maslach y Jackson (1981) señalan que el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, siendo un síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Estas autoras concluyen que el burnout se

configura como “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. Desde esta perspectiva, fundamentalmente asistencial, se elabora el MBI-HSS. Según la edición del manual (Maslach, Jackson y Leiter, 1996), se han desarrollado tres versiones del MBI. El Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) está dirigida a los profesionales de la salud y está considerada la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1986). Consta de tres escalas que miden la frecuencia con que los profesionales perciben el cansancio emocional (el profesional siente que no puede dar más de sí mismo tanto en lo emocional como en lo afectivo, aparecen sentimientos de desesperanza e indefensión, decaimiento físico y psíquico), la despersonalización (desarrollo de actitudes y sentimientos de carácter negativo hacia los usuarios, visión deshumanizada del paciente) y baja realización personal en el trabajo (autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo, creencia de que el trabajo no merece la pena, creencia de que nada puede cambiarse laboralmente y no merece la pena intentarlo además) (García , Herrero, León, 2007).

En su versión original (Maslach y Jackson, 1981), la escala para valorar los ítems constaba de dos formas, una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad porque Maslach y Jackson consideraron que ambas formas se solapaban, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación ($r = 0.73$ con una media de $r = 0.56$). La razón de mantener el formato de frecuencia es por su similitud con el utilizado en otras medidas de tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.

Este inventario se divide en tres subescalas que se ajustan a tres factores ortogonales cada una, denominados: agotamiento emocional (Emocional exhaustion), (9 ítems),

despersonalización (Depersonalization), (5 ítems) y realización personal en el trabajo (Personal accomplishment), (8 ítems), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66.

Para que el MBI tuviera forma hubo de pasar ocho años de estudio y análisis. Originalmente el MBI en su versión de 1981 estaba conformado por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada "Implicación con el trabajo", siendo ésta eliminada en la nueva versión de 1986, quedándose definitivamente establecido en 22 el número de ítems.

En la última edición del manual (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar encontramos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de servicios humanos. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Luego encontramos el MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS y mantiene el nombre de las escalas. Y finalmente el MBI-General Survey (MBI-GS) (Maslach et al., 1996), una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems).

El MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del síndrome, con independencia de las características ocupacionales de la muestra y su origen, contribuyendo así a sistematizar la investigación sobre el constructo.

1.5.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky

De acuerdo con el modelo propuesto por Edelwich y Brodsky (1980), se desarrolla en cuatro etapas diferentes:

1) Etapa de idealismo y entusiasmo: fase inicial, donde el individuo posee alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona posee involucramiento excesivo con la clientela y sobrecarga de trabajo voluntario.

Al inicio de su carrera, el profesional se encuentra bastante movilizado por motivaciones intrínsecas. Hay una súper valorización de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que pueden influenciar el trabajo ofrecido al cliente. La frustración de las expectativas de esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que el trabajador pase a la siguiente etapa, la de estancamiento.

2) Etapa de estancamiento: Ésta supone una disminución en las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a darse cuenta de que necesita realizar algunos cambios pasando a repensar su vida profesional. Dificultades en superar ese momento pueden hacer que el individuo se mueva para la otra etapa, la de la apatía.

3) Etapa de apatía: Se considera ésta el núcleo central de burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgirlos problemas emocionales, comportamentales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la

situación frustrante. El contacto con el cliente es evitado, ocurren las faltas al trabajo y en muchas situaciones se da el abandono de éste o inclusive de la profesión.

Estos comportamientos empiezan a volverse constantes, abriendo el camino para la última etapa de burnout, la del distanciamiento.

4) Etapa de distanciamiento: La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional.

Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de ser inadecuado, posee compensaciones (sueldo) que justifican la pérdida de la satisfacción. (Edelwich y Brodsky, 1980).

1.5.4.3. Modelo de Price y Murphy

El Modelo de Price y Murphy (1984), se centra básicamente en la naturaleza adaptativa del síndrome ante el estrés laboral. Este proceso se asemeja a un duelo, pues conlleva a nivel personal la pérdida de la ilusión, a nivel interpersonal la pérdida de los beneficios, y a nivel social la pérdida de un trabajador competente para el sistema.

Desde esta perspectiva, se desarrollan varias fases sintomáticas: a) desorientación; b) labilidad emocional; c) culpa, debido al fracaso profesional; y d) soledad y tristeza. Esto podría desembocar en la necesidad de implementar estrategias de solución pasando por una solicitud de ayuda con el fin de restablecer el equilibrio (Caballero, Hederich, & Palacio, 2010). Determinándose así seis estadios sintomáticos:

- ✓ Desorientación: el sujeto se da cuenta de que no logra los objetivos que se le piden y a menudo aparecen sentimientos de decepción y fracaso profesional.
- ✓ Labilidad emocional: fase de desequilibrio emocional debido a la ausencia de apoyo social por parte de los compañeros de trabajo.
- ✓ Sentimiento de culpa debido al fracaso laboral: el individuo se considera culpable por errores que no puede ni debe controlar.
- ✓ Soledad y tristeza: esta etapa se caracteriza por presentar sentimientos de desánimo y aislamiento. Únicamente si sale de esta situación pasará a las siguientes fases.
- ✓ Solicitud de ayuda: el apoyo social es imprescindible para superar las circunstancias.
- ✓ Restablecimiento del equilibrio: el trabajador vuelve a su estado inicial con el que comenzó la profesión.

1.5.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997) explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias.

El Modelo de Gil Monte (2005) distingue dos perfiles en el proceso del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT):

Perfil 1. Se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa.

Perfil 2. Constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.

1.6. Prevalencia de Burnout

A lo largo de estos años se ha establecido que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que, aunque se puede desarrollar en todo tipo de profesionales, ocurre con relativa frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con personas como lo son los profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, consejería y enseñanza; los cuales están sometidos a diversos estresores adicionales que deterioran significativamente su calidad de vida laboral y consecuentemente la calidad del servicio que ofrece. (Gil-Monte, 2002).

Más en concreto, las investigaciones sugieren que el burnout y la insatisfacción laboral se han incrementado en la fuerza de trabajo sanitaria moderna (Gabbe, Melville, Mandel y Walker, 2002; Johns y Ossoff, 2005). Los profesionales de salud afrontan una tarea compleja en la que influyen diversas situaciones: horarios irregulares, burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias, alta implicación emocional, exceso de estimulación aversiva, contacto con enfermos, frustración de no poder curar, conflicto de rol y ambigüedad de rol (Ruiz y Ríos, 2004). Estos elementos de la tarea, junto a otros aspectos como falta de habilidades, factores de la organización y bajo apoyo social en el

trabajo pueden conducir a la angustia, burnout y problemas psicosomáticos, que a su vez inciden en el deterioro de la calidad de del servicio (Marine et al., 2006).

Diversos países han desarrollado investigaciones sobre la prevalencia del burnout entre profesionales de salud; especialmente en los profesionales de enfermería y la medicina. En lo referente al personal de enfermería, algunos investigadores (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, 2002; Shimizu, Mizoue, Kubota, Mishima, y Nagata, 2003; Wu, Zhu, Wang, Wang, y Lan, 2007) señalan que están sometidos a largas horas de trabajo con limitados recursos, una amplia gama de tareas y relaciones complejas con los pacientes, médicos, otros colegas y sus propias familias. En lo que respecta a los profesionales médicos, Osuna (2006) indica que la sobrecarga de trabajo, el ambiente físico, el exceso de responsabilidades, la falta de incentivos, y la burocratización organizacional, entre otras circunstancias, pueden generar estrés constante tanto por las exigencias intelectuales como actitudinales y emocionales.

En lo referente al personal de enfermería, se han desarrollado diversas investigaciones (Aiken et al., 2002; Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo, 2011; Díaz, Stimolo y Caro, 2010; Silva, Beck, Magnago, Carmagnani, Tavares, & Prestes, 2011), en las que se informa de diversos niveles de prevalencia, coincidiendo en que esta profesión es una de las más vulnerables al síndrome de burnout. De igual manera, el desarrollo de este síndrome ha sido estudiado entre la profesión médica por diferentes autores (Carr, Gareis y Barnett, 2003; Marshall, Zahorodny y Passannante, 1998; McManus, Winder, y Gordon, 2002), informándose de diferencias sobre los porcentajes de médicos afectados, tanto por el tipo de profesional como por variables sociodemográficas o laborales relacionadas, entre otras. De hecho, en Europa y Estados Unidos este síndrome afecta entre un 25% y 60% de los médicos, y puede alcanzar al 75% de los médicos residentes (Wallace, Lemaire y Ghali, 2009); específicamente en Europa se ha

estimado que entre un 2.4% y un 72% de los médicos podrían sufrir de burnout (Roth, Morrone, Moody, Kim, Wang, Moadel, & Levy, 2011).

En relación a Hispanoamérica, en una investigación en los hospitales de Ecatepec y Cautitlán en México, con una muestra de 122 profesionales de enfermería (García, Oviedo, Santillán, Velasquez y Fiesco, 2009), la prevalencia de síndrome de burnout fue de 27% y 29 de 24%, respectivamente. En un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS; 2012) se analizó el burnout en Argentina, Brasil, Perú y Costa Rica. Se encontró que Argentina presentaba los porcentajes más altos de burnout, con valores del 59% para el personal médico y del 55% para el personal de enfermería. Las diferencias para el personal médico no fueron significativas con respecto a Brasil y Costa Rica, pero sí con respecto a Perú, que presentó los porcentajes más bajos.

En Brasil, la prevalencia de burnout en profesionales de atención primaria oscila entre el 25% y 70% (Tomasi et al., 2008); en este mismo país, el burnout en médicos de cuidados intensivos se estimó en el 7.4% (Tironi et al., 2009). Otra investigación realizada en Brasil con 188 profesionales de la salud (Zanatta y Lucca, 2015), encontró que el 29.8% del personal de enfermería presentó alta despersonalización; y el 27.8% del personal médico, y el 25.5% de los técnicos de enfermería, baja realización profesional. El 19.2% de los enfermeros, el 16.8% de los técnicos de enfermería y el 16.6% de los médicos presentaron puntuaciones elevadas en al menos dos de las esas tres dimensiones del burnout.

En Argentina, en una investigación con 106 médicos y un grupo de comparación de 104 profesionales no médicos apareados por edad y género (Waldman et al., 2009), se encontraron altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización en la mayoría de los encuestados. En otra investigación en Argentina, con 162 médicos de las unidades

de cuidados intensivos pediátricos (Galván et al., 2012), se encontró un alto riesgo de burnout en el 41%; elevado agotamiento emocional en el 25%, baja realización personal en el 6%, y despersonalización en el 19%.

De igual manera se evidencia en otras investigaciones que se han realizado en diferentes países en las que se determinan cifras del síndrome en profesionales de la salud que van desde el 31% hasta un 42,2% (Grau, et al., 2008). En España, entre 10% y 20% sufre desgaste profesional (Gomero, Palomino, Ruiz & Llap, 2005). En otro estudio realizado en el personal sanitario de Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y España de igual manera se determinó que el 36,3% presentaban burnout (Grau, et al., 2008).

Con todos los datos expuestos se puede aseverar que la prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario ha sido estudiada en diversos países; generalmente utilizando el Inventario de Burnout de Maslach que evalúa las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

1.7. Importancia del Estudio del Burnout

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta un punto tal que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. Los datos epidemiológicos referidos al síndrome reflejan que se trata de un problema de una gran magnitud, lo que ha llevado a denominarlo por algunos autores como una “epidemia emergente” o un “fenómeno contagioso”. Por lo tanto debemos considerarlo un problema de Salud Pública en auge, existiendo la necesidad de abarcarlo. (De Dios del Valle & Franco, 2007).

Profundizar en el conocimiento acerca de estos fenómenos es muy beneficioso, en el contexto de la prevención de riesgos laborales, a una detección precoz y plantear estrategias eficaces para mejorar las condiciones del entorno laboral. (Marrau, 2009).

El estudio del síndrome de Burnout es de suma importancia dado que no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece sino que en muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la salud de los pacientes; tanto los que lo sufren directamente, así como los que son atendidos por alguien que lo padece. (Palmer, et al., 2005). Por ello, es preciso destacar la necesidad de llevar a cabo estudios que faciliten conocer más a fondo este problema para así poder realizar intervenciones con el objetivo de eliminar su prevalencia e incidencia.

1.8. Variables Asociadas de Burnout

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza. En la revisión de estudios realizados podemos ver las diferentes poblaciones sobre las que se han estudiado el burnout. Aunque existen estudios centrados en profesiones como administrativos y auxiliares administrativas, deportistas, docentes, monitores de educación especial, trabajadores de centros ocupacionales y sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios, la mayoría de investigaciones hace referencia a las profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental y psicólogos y, por último, las profesionales de enfermería que por

sus características organizacionales y laborales han recibido una mayor atención por parte de los investigadores

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

-) Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.

-) Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.

-) La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.

-) Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.

-) Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.

-) Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.

-) Conflicto de rol y ambigüedad de rol.

-) Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.

-) Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

Variables personales

Las variables personales consideradas en los estudios sobre burnout son el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.

Con relación al sexo o género, mientras en unos estudios las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida (Atance, 1997), los hombres puntúan en otros estudios como más quemados por su labor (Lozano y Montalbán, 1999; Muñoz et al., 2001), otros señalan a los hombres concretamente en la escala de despersonalización como medida significativa (De la Fuente et al., 1994). Parkes (1998) menciona respecto a los resultados que se obtienen de los estudios que relacionan la variable sexo con el estrés laboral, que ésta puede actuar como una variable moderadora más que mostrar un efecto global consistente. Con respecto a la edad, se señala mayor nivel de burnout entre los 40 y 45 años (Muñoz et al., 2001), mientras que en otros estudios se precisa que dicho fenómeno se produce en torno a los 44 años (Atance, 1997). En general, se concluye que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de burnout es menor (De la Fuente et al., 1994); sólo la escala de cansancio emocional se relaciona positivamente con la edad (Tello et al., 2002).

Por lo que se refiere al estado civil tampoco los datos son homogéneos, el grupo de casados puede ser propenso a padecer burnout (Tello et al., 2002); otros señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal (Atance, 1997). En relación con la antigüedad en el trabajo, en general esta variable influye a la hora de estudiar el grado de quemazón (Olmedo et al., 2001); Atance (1997) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia. Haciendo referencia a la personalidad y psicopatologías, este problema se ha asociado a un mayor

número de quejas físicas (Torrado et al., 1996), también a psicopatologías y morbilidad psiquiátrica tales como ansiedad y depresión (Aluja, 1997).

Además, se mencionan variables predisponentes que han sido examinadas con relación al estrés laboral como locus de control y conducta tipo A (PCTA) en estos contextos ocupacionales. El locus de control aparece en relación con el burnout mientras que el PCTA no parece relacionado con el mismo según los datos de los que disponemos (Gil-Monte y Peiró, 1997, 1998; Narayanan, Menon y Spector, 1999; Parkes, 1984) y rasgos de personalidad como baja estabilidad emocional, autoconfianza, personalidad resistente, tensión y ansiedad (Cebriá et al., 2001; Zellars, Perrewe y Hochwarter, 2000). Por último, en cuanto a la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el posterior desarrollo del burnout, los estudios han ido dirigidos a evaluar tales estrategias, encontrando que las centradas en el problema son utilizadas por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la práctica diaria como por ejemplo atender a un número elevado de pacientes (Carauna, 1989; Escribá y Bernabé, 2002; Guerrero, 2001). Otros estudios señalan que son los posibles cambios cognitivos que se realizan ante dichas demandas estresantes los relacionados con no padecer burnout (Folkman y Lazarus, 1985; Quevedo et al., 1997); además, se ha señalado que las estrategias pueden diferir entre las personas que desarrollan este problema y los que no lo desarrollan (Yela, 1996).

Variables organizacionales

Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados sobre burnout han sido el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.

En este sentido, los resultados de la investigación han mostrado que cuanto más positivo es el clima laboral (Cuevas, O´Ferrall y Crespo, 1998), el bienestar (Escribá et al., 2000) y la satisfacción laboral (Cherniss, 1980; García et al., 2000; Graham, Ramirez, Cull y Finlay, 1996; Lim y Yuen, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Zurriaga, Ramos, GonzálezRomá, Espejo y Zornoza, 2000) menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo.

En relación al grado de autonomía o independencia que los profesionales pueden percibir en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en determinadas profesiones debido a la labor dependiente que realizan, como por ejemplo las enfermeras (González et al., 1998). Por otro lado, la ambigüedad de rol, entendida como la incertidumbre entre las exigencias de la propia tarea y los métodos con los que debe ser ejecutada, parece favorecer el desarrollo de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Moreno y Peñacoba, 1996). El mismo tipo de relación se produciría en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal sanitario podría percibir que tanto los pacientes como la organización no les recompensan de manera proporcional a lo que ellos dan (Gil-Monte, 2001).

Por otro lado, el apoyo social mantendría en el caso del burnout su efecto de amortiguador de las consecuencias del estrés que ha sido establecido para otros tipos de estrés (Cohen y Ashby, 1985; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; GilMonte y Peiró, 1996; Iverson, Olekaslns y Erwin, 1998, Koniarek y Durek, 1996). Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto como oncología infantil, cuidados paliativos o hematología (Gil-

Monte y Peiró, 1997). Turnipseed (1994) investiga sobre la relación entre el burnout y el ambiente de trabajo e identifica la influencia de diversas variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación y presión en el trabajo) que contribuyen al síndrome de estar quemado.

CAPITULO II
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras de los centros de salud públicos y privados de las ciudades de Cariamanga, Catamayo y Macará de la provincia de Loja, durante el año 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos, etnia, estado civil), laborales (ingresos, profesión, experiencia profesional, dedicación, sector en el que trabaja, tipo de contrato, jornada diaria laboral, turnos, atención directa, número de pacientes atendidos, recursos) y clínicas (malestar emocional, personalidad, apoyo social y afrontamiento) de la muestra investigada.
- ✓ Identificar la prevalencia de las tres dimensiones para la clasificación del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en el personal de salud en estudio.
- ✓ Determinar los modos de afrontamiento más utilizados por el personal médico y de enfermería de la muestra investigada.
- ✓ Conocer el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los profesionales de la salud en estudio.

- ✓ Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de los centros de salud en estudio.

2.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales que presentan los profesionales de salud de la muestra investigada?

¿De los profesionales de la salud (médicos/as y enfermeras) encuestados cual es la prevalencia del síndrome de *burnout* que presentan?

¿De las tres dimensiones del síndrome de *burnout* cuál es la que presenta un alto nivel?

¿Qué rasgos de personalidad y características de salud mental presentan los profesionales de la salud en estudio?

¿Qué tipos de afrontamiento y apoyo social son más utilizados por los médicos/as y enfermeros/os de la muestra investigada?

2.3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue realizada con médicos/as y enfermeros/as de instituciones de salud privadas y públicas de la ciudad de Cariamanga, Catamayo y Macará de la provincia de Loja, las cuales prestan una atención de alto nivel en lo científico, tecnológico y humano. Estas entidades ofrecen los servicios de hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, fisioterapia, cuidados intensivos, consulta externa en las áreas de: Ginecología, Pediatría, Psicología Clínica, Medicina Familiar, Medicina General y Odontología entre otros. Cuentan con una infraestructura física adecuada a los servicios que ofrece: área verde, iluminación, distribución, señalización y disponen de modernos equipamientos e instrumentos médicos.

Los profesionales son altamente capacitados 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.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El método empleado en la presente investigación fue exploratorio, debido a que el tema elegido ha sido poco investigado y reconocido, estos estudios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

El diseño de la investigación además presentó las siguientes características: **cuantitativa**, debido a que la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, **no experimental** ya que no se manipularon las variables, por lo tanto los fenómenos se observaron en su ambiente real, **transaccional (transversal)** en virtud de que se obtuvieron los datos de la investigación en un tiempo y espacio determinado, **descriptivo** porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, y **correlacional** puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

2.5. MUESTRA

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que laboran en las instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Cariamanga, Catamayo y

Macará de la provincia de Loja.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, para la recolección de información participaron 40 profesionales de la salud (32 médicos/as y 8 enfermeros/as), sin embargo en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 35 profesionales de la salud (29 médicos/as y 6 enfermeros/as) de las Instituciones de salud públicas y privadas, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

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: Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina, no tener el tiempo de experiencia profesional requerido para la investigación, no firmar el consentimiento informado.

2.6. PROCEDIMIENTO.

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

En primera instancia se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente a la institución de salud.

Se realizó un acercamiento con los directivos de las instituciones de salud a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos.

Al obtener el permiso por parte de los directivos se estableció el horario para la aplicación de los instrumentos, posteriormente se procedió a buscar a médicos/as y enfermeras/os dentro de los establecimientos de salud para pedir la colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de cada batería para que puedan realizarla de la mejor manera.

Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

2.7. INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados para recolectar la información y que permitieron cumplir con los objetivos trazados se detallan a continuación:

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

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

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

Este instrumento está diseñado para valorar el síndrome de burnout en sus tres aspectos fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Está compuesto por 22 ítems distribuidos en tres escalas, las cuales exploran los tres componentes básicos del burnout, como se muestran seguidamente:

- ✓ Agotamiento emocional (AE): 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y 20
- ✓ Despersonalización (D): 5, 10, 11, 15 y 22
- ✓ Realización personal (RP): 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6 de forma que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede todos los días, dejando el resto de puntuaciones intermedias para la frecuencia de aparición situadas entre estos dos extremos. La escala de agotamiento emocional está compuesta por 9 ítems y mide los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo. La puntuación máxima es de 54 y se asocia de manera directa con el burnout. La escala de despersonalización está integrada por 5 ítems y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. La puntuación máxima es de 30 se relaciona de manera directa con el nivel de burnout. La escala de realización personal consta de 8 ítems y mide sentimientos de competencia y de éxito en el trabajo. La puntuación máxima es de 48 y se relaciona de manera inversa con el burnout. Los sujetos que presentan el síndrome de burnout serán aquellos que puntúen alto en despersonalización y cansancio emocional, y que obtengan puntuaciones bajas en realización personal. En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna (alfa de Cronbach) del MBI oscila en el rango de 0.70 a 0.90 (Maslach y Jackson, 1986).

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

El GHQ-28 es un cuestionario auto-administrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos),

subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado.

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

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

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

La escala Brief COPE es la versión abreviada, ampliamente utilizada, del COPE Inventory (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), que ha demostrado ser de utilidad para evaluar las estrategias de afrontamiento en investigaciones en salud, tiene como objetivo conocer las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas. Está compuesta por 28 ítems con las siguientes subescalas:

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.

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

En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80

para cada una de sus estrategias (Carver, 1997).

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

El Cuestionario MOS de Apoyo Social desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991). Es un cuestionario auto-administrado que consta de 20 ítems utilizados para conocer la extensión de la red social que posee la persona, está conformado por dos áreas: apoyo social estructural (un ítem de respuesta abierta) y apoyo social funcional (19 ítems de respuesta múltiple). La distribución factorial de los ítems se presenta de la siguiente manera:

- ✓ Apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19)
- ✓ Apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15)
- ✓ Interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18)
- ✓ Apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20).

Evalúa, por un lado, características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño y densidad (ítem 1); y, por el otro, los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (ítems 2 a 20). Está dirigido para personas mayores de 18 años. Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre) y consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

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

El cuestionario de personalidad consta de 24 ítems los cuales evalúan la personalidad en

base a tres factores: neuroticismo, extroversión y psicoticismo y sinceridad. Cuenta con un formato de respuesta de SI y NO, las puntuaciones para cada una de las sub-escalas son de 0 y 6, a mayor puntuación mayor es la presencia del rasgo.

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

CAPÍTULO III
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En esta sección, se interpreta dos tablas (Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud y Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud). En la tabla 1 se analiza la participación mayoritaria en cuanto a sexo, estado civil, etnia y media de edad, números de hijos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	14,0	48,3	1,0	16,7
Mujer	15,0	51,7	5,0	83,3
Edad				
<i>M</i>	39,6		35,5	
<i>DT</i>	9,7		6,8	
Max	64,0		43,0	
Min	27,0		24,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1,4		1,8	
<i>DT</i>	1,1		1,5	
Max	4,0		3,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	28,0	96,6	6,0	100,0
Blanco/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Indígena	1,0	3,4	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	5,0	17,2	3,0	50,0
Casado/a	19,0	65,5	2,0	33,3
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Divorciado/a	3,0	10,3	0,0	0,0
Unión libre	2,0	6,9	1,0	16,7

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC
Elaborado por: Guissella Veronica Castillo Rueda

De acuerdo con datos obtenidos de la primera variable sexo se puede distinguir en el personal médico una mayor aceptación por parte de las mujeres con el 51.7 % y de los hombres con el 48.3%, de igual manera en el personal de enfermería se observó mayor participación en

las mujeres con un 83.3 % y en los hombres con 16.7%. La edad promedio que se determinó en los médicos/as es de 39.6 años, mientras que en las enfermeras/os la edad promedio es de 35.5 años. En cuanto al promedio de número de hijos del personal médico es de 1.4 y del personal de enfermería de 1.8. En la variable etnia la que prevalece en el personal médico es la mestiza con un 96.6% frente a la indígena que presenta un 3.4%, en cambio en el personal de enfermería la etnia que prevalece en los participantes es la mestiza representada con el 100%. En lo que respecta a la variable estado civil en el personal médico se puede distinguir que el 65.5 de los participantes son casados, 17.2 son solteros, el 10.3 son divorciados y el 6.9 en unión libre; por el contrario en el personal de enfermería el 50% de los participantes son solteros, el 33.3 son casados y el 16.7 en unión libre.

En la Tabla 2 se realiza el análisis de la participación mayoritaria en cuanto a ingresos mensuales, sector en el trabaja, tipo de contrato, recursos institucionales y media de pacientes/día, horas de trabajo/día y experiencia profesional.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	3,0	10,3	3,0	50,0
1001 a 2000	13,0	44,8	3,0	50,0
2001 a 3000	13,0	44,8	0,0	0,0
3001 a 4000	0,0	0,0	0,0	0,0
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	12,6		10,8	
<i>DT</i>	9,9		5,6	
Max	39,0		17,0	
Min	3,0		3,0	
Sector en el que trabaja				
Público	22,0	75,9	5,0	83,3
Privado	4,0	13,8	1,0	16,7
Ambos	3,0	10,3	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	0,0	0,0	0,0	0,0
Ocasional	4,0	13,8	0,0	0,0

Plazo fijo	7,0	24,1	2,0	33,3
Nombramiento	8,0	27,6	2,0	33,3
Servicios profesionales	0,0	0,0	0,0	0,0
Ninguno	10,0	34,5	2,0	33,3
Horas de trabajo/día				
<i>M</i>	10,2		8,0	
<i>DT</i>	5,6		0,0	
Max	24,0		8,0	
Min	8,0		8,0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	18,7		45,2	
<i>DT</i>	8,3		30,6	
Max	32,0		90,0	
Min	5,0		11,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	8,0	27,6	4,0	66,7
Mediadamente	15,0	51,7	2,0	33,3
Poco	6,0	20,7	0,0	0,0
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	7,0	24,1	3,0	50,0
No	22,0	75,9	3,0	50,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Guissella Veronica Castillo Rueda

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en el personal médico son las que oscilan entre 1001- 2000 y 2001-3000 dólares presentando un porcentaje de 44.8%, mientras que en el personal de enfermería las remuneraciones salariales que más sobresalen son las que oscilan entre 0-1000 1001-2000 dólares con un 50%. Con respecto a la variable experiencia laboral la media en el personal médico fue de 12.6 años y en el personal de enfermería de 10.8 años. El sector en el que laboran la mayoría de los participantes es el público, siendo de 75.9% en médicos/as y 83.3% en enfermeras/os. El tipo de contrato que poseen los profesionales de la salud y que tuvo mayor prevalencia en el personal médico fue ninguno con 34.5 %, mientras que en las enfermeras los tipos de contratos que prevalecieron fueron plazo fijo, nombramiento y ninguno con 33.3%. En lo relacionado a las horas que trabajan los profesionales de salud al día; en médicos/as la media es de 10.2 , siendo 24 horas como máximo y 8 horas como mínimo; en cambio en las enfermeras/os la media de horas de trabajo

por día es de 8, siendo 8 horas como máximo y mínimo en las que laboran. En lo que se refiere al número promedio de pacientes que atienden a diario en los médicos/as es de 18.7, con una atención mínima de 5 y máxima de 32 pacientes; mientras que las enfermeras/os atienden a un promedio de 45.2 pacientes diarios, atendiendo a un mínimo de 30 y máximo de 90 pacientes. En cuanto a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes para que realicen su trabajo, en el personal médico es medianamente con 51.7% y en el personal de enfermería totalmente con 66.7%.

3.2. INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MASLACH BURNOUT INVENTORY [MBI]; MASLACH Y JACKSON)

En esta sección, se interpreta dos tablas. En la Tabla 3 se analiza los niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización y de realización personal de los niveles bajos.

Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	17	58,6%	4	66,7%
	Medio	6	20,7%	1	16,7%
	Alto	6	20,7%	1	16,7%
Despersonalización	Bajo	13	44,8%	6	100,0%
	Medio	15	51,7%	0	0,0%
	Alto	1	3,4%	0	0,0%
Realización personal	Bajo	18	62,1%	6	100,0%
	Medio	8	27,6%	0	0,0%
	Alto	3	10,3%	0	0,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Guissella Veronica Castillo Rueda

En lo referente al Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos/as el 20.7% y de enfermeras/os 16.7% obtuvieron un

alto nivel, siendo el nivel bajo el que mayor prevalencia manifestará con 58.6% en médicos/as y 66.7% en enfermeras/os. En lo que se refiere a la dimensión de despersonalización solo el 3.4% de médicos/as puntuaron alto, mientras que en el personal de enfermería ningún participante presento puntuaciones altas en este nivel y siendo el que más predominio tuvo el nivel bajo con el 100%. En lo que respecta a la dimensión de realización personal el 62.1% del personal médico puntuaron bajo y en el personal de enfermería el 100% presento puntuación baja en este nivel.

En la Tabla 4. Se indicará los números de casos de Burnout existentes en la población investigada.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	29	100,0%	6	100,0%
	Presencia	0	0,0%	0	0,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
 Elaborado por: Guissella Veronica Castillo Rueda

Según los datos obtenidos en la aplicación del Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) se puede determinar que ninguno de los profesionales de salud de la muestra investigada presenta la presencia del Síndrome de Burnout.

3.3. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

En esta sección, se interpreta una tabla (Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud)

En la Tabla 5. Se analizara los casos encontrados de cada una de las subescalas (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión) en grupos comparativos es decir que casos se presentan más en médicos/as o enfermeras/os

Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	19	65,5%	4	66,7%
	Caso	10	34,5%	2	33,3%
Ansiedad	No caso	14	48,3%	4	66,7%
	Caso	15	51,7%	2	33,3%
Disfunción social	No caso	29	100,0%	6	100,0%
	Caso	0	0,0%	0	0,0%
Depresión	No caso	28	96,6%	6	100,0%
	Caso	1	3,4%	0	0,0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)
Elaborado por: Guissella Verónica Castillo Rueda

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos, siendo la ansiedad la que presenta mayor diferencia en los grupos con un 18 % debido a que en el personal médico el 51.7% presentan esta sintomatología y en el personal de enfermería el 33.3%. Con lo que respecta a los síntomas somáticos la diferencia entre el personal de salud es mínima puesto a que en médicos/as presentan un 34.5% de esta sintomatología y las enfermeras/os un 33.3%.

3.4. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

En esta sección, se interpreta una tabla (Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud).

En la tabla 6 se compara entre los médicos y enfermeras las 4 estrategias de afrontamiento que tengan la media más alta.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1,10	1,23	4,00	,00	,83	1,60	4,00	,00
Afrontamiento activo	2,17	1,75	5,00	,00	1,50	2,51	6,00	,00
Negación	,24	,58	2,00	,00	,50	1,22	3,00	,00
Uso de sustancias	,17	,47	2,00	,00	,00	,00	,00	,00
Apoyo emocional	,83	1,10	4,00	,00	,50	,84	2,00	,00
Apoyo instrumental	1,07	1,16	4,00	,00	1,00	1,26	3,00	,00
Retirada de comportamiento	,45	,78	2,00	,00	,33	,82	2,00	,00
Desahogo	,59	1,05	4,00	,00	,33	,82	2,00	,00
Replanteamiento positivo	1,55	1,70	5,00	,00	1,67	2,25	5,00	,00
Planificación	1,48	1,45	4,00	,00	1,33	1,51	3,00	,00
Humor	,48	,91	4,00	,00	,83	1,33	3,00	,00
Aceptación	1,34	1,59	4,00	,00	2,00	2,28	6,00	,00
Religión	1,69	1,93	6,00	,00	1,67	1,97	4,00	,00
Culpa de si mismo	1,31	1,31	4,00	,00	,50	,84	2,00	,00

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

Elaborado por: Guissella Veronica Castillo Rueda

En las estrategias de afrontamiento se observa que las poseen una media más alta en las muestras de los médicos/as son: afrontamiento activo (2.17), religión (1.69), replanteamiento positivo (1.55) y planificación (1.48); mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: aceptación (2.00), religión (1.67), replanteamiento positivo (1.67) y afrontamiento activo (1.50).

3.5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (AP)

En esta sección, se interpreta la tabla 7 en la se compara la media más alta entre los grupos.

Tabla 7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	79,22	21,60	100,00	20,00	77,08	21,88	100,00	45,00
Apoyo instrumental	81,90	20,68	100,00	20,00	80,83	18,55	100,00	50,00

Relaciones sociales	83,45	20,79	100,00	20,00	75,83	23,33	100,00	40,00
Amor y cariño	89,43	19,15	100,00	20,00	86,67	21,08	100,00	46,67

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Guissella Veronica Castillo Rueda

En cuanto al apoyo social que perciben los profesionales de salud de la muestra investigada se puede determinar que la media más alta en ambos grupos es el amor y cariño siendo esta para el personal médico de 89.43 y para el personal de enfermería de 86.67, seguidamente de relaciones sociales que para los médicos/as la media es 83.43 y para enfermeras/os 75.83, consecutivamente del apoyo instrumental donde la media para médicos/as es de 81.90 y para enfermeras/os de 80.83 y finalmente el apoyo emocional con una media de 79.22 en médicos/as y de 77.8 en enfermeras/os.

3.6. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

En esta sección, se interpreta una tabla (Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud).

En la tabla 8 se analizara el rasgo más alto y se comparara entre los grupos

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,66	1,63	5,00	,00	1,83	2,32	6,00	,00
Extroversión	3,79	2,16	6,00	,00	4,33	1,63	6,00	2,00
Psicoticismo	1,52	,69	3,00	1,00	2,17	,98	4,00	1,00

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

Con respecto a los rasgos de personalidad el que mayor prevalencia tuvo en el personal médico fue la extroversión con una media de 3.79, seguido de neuroticismo con una media de 1.66 y por ultimo de psicoticismo con una media de 1.52; mientras que en el personal de

enfermería el rasgo de la personalidad más alto fue la extroversión con una media de 4.33, continuado de psicoticismo con 2 .17 y finalmente neuroticismo con 1.83.

**CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN**

DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como objetivo general conocer la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones en médicos y enfermeras de los centros de salud públicos y privados de las ciudades de Cariamanga, Catamayo y Macará de la provincia de Loja, durante el año 2016-2017. El primer objetivo específico de la investigación fue determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos, etnia, estado civil), laborales (ingresos, profesión, experiencia profesional, dedicación, sector en el que trabaja, tipo de contrato, jornada diaria laboral, turnos, atención directa, número de pacientes atendidos, recursos) y clínicas (malestar emocional, personalidad, apoyo social y afrontamiento) de la muestra.

En referencia con el perfil sociodemográfico, existe una mayor participación por parte de las mujeres tanto en la muestra del personal médico con un 51.7% y en el personal de enfermería con 83.3% , datos que concuerdan con los hallados en otros estudios de burnout en profesionales de la salud (Miranda, Monzalvo, Hernández y Ocampo,2016; Font, Corti y Berger, 2015; Vásquez, Maruy y Verne, 2014); con una edad promedio en médicos/as de 39.6 y en enfermeras de 35.5 años, resultados que están en relación con el INEC (2017) que menciona que la edad productiva de la población ecuatoriana está comprendida entre los 25 a 45 años de edad.

El número promedio de hijos en médicos/as es de 1.4 y en enfermeras/os de 1.8 hijos, ligeramente similar a la media 1.6 de la población de la provincia de Loja según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010). Por otro lado en cuanto a la etnia en ambos grupos estudiados la mayoría se consideran mestizos (médicos/as 96.6% y enfermeras 100%), raza que también es la predominante en la población ecuatoriana. Al igual que en otros estudios en profesionales sanitarios (Font, Corti y Berger, 2015; Grau, Suñer y García, 2005), el porcentaje predominante en relación al estado civil fue el de casados (65.5%) en el personal médico; mientras que en el personal de enfermeras el que prevaleció fue el de

solteras (50%), esto se corrobora con otros estudios que se han realizado de la misma temática (Illera, Estrada, Pérez., Quintana y Fajardo, 2013; Rodríguez- Paipilla, Rodríguez-Gómez, Riveros-Gutierrez, Rodríguez- D´luyz y Pinzón, 2011; Tello, 2010).

Con respecto a las variables laborales la mayoría de los participantes (44.8% médicos/as y 50% enfermeras) manifestaron que percibían ingresos mensuales entre \$1001 a \$2000 dólares, esta cifra concuerda con la información que reposa en el INEC a través de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR, 2012) la cual explica que para la zona urbana el ingreso salarial mensual es de \$1046.3. En cuanto a la experiencia laboral, la media para médicos/as es de 12.6 años, mientras que en enfermeras la media es de 10.8 años, estos datos coinciden con los presentados en otros estudios (Miranda, Monzalvo, Hernández y Ocampo, 2016; Ríos-Rísquez, Godoy Fernández y Sánchez-Meca, 2011). El 75.9% de los médicos/as y 83.3% de las enfermeras indicaron que laboran en el sector público, datos que difieren de los estudios a nivel nacional, ya que el 33% fueron empleados privados según el INEC (2013); esto es que de cada diez plazas de trabajo, ocho son generadas por el sector privado y dos en el sector público. El tipo de contrato que poseen los profesionales de la salud y que tuvo mayor prevalencia en el personal médico fue ninguno con 34.5 %, mientras que en las enfermeras los tipos de contratos que prevalecieron fueron plazo fijo, nombramiento y ninguno con 33.3%, información que difiere de la investigación de Rodríguez- Paipilla, Rodríguez-Gómez, Riveros-Gutierrez Rodríguez- D´luyz y Pinzón (2011) en la que se menciona que el 61.4% de los participantes posee un contrato indefinido o nombramiento. En lo relacionado a las horas que trabajan los profesionales de salud al día, en médicos/as la media es de 10.2 y enfermeras/os de 8, datos que presentan cierta similitud con lo determinado por el Ministerio de Relaciones Laborales (Resolución MRL-2011-000033), que señala que indistintamente de sus nombramientos tendrán una jornada de trabajo de 8 horas diarias. El número promedio de pacientes que atienden a diario los médicos/as es de 18.7 y en enfermeras/os de 45.2 pacientes diarios, datos que

concuerdan con los hallados en otro estudio de burnout en profesionales de la salud (Rodríguez- Paipilla, et al., 2011) en donde el 44% de los encuestados manifiesta que atendía más de 20 pacientes al día y el 34,8% entre 10 y 20 pacientes. En cuanto a los recursos necesarios que les brinda la institución los médicos/as consideran que son medianamente con 51.7% y las enfermeras/os totalmente con 66.7%, información que presentan cierta similitud en el personal médico con la investigación de Miranda, Monzalvo, Hernández y Ocampo (2016) en las que el 56.8 % revelaron que los insumos o recursos que brinda la institución no eran suficientes.

En lo relacionado con las variables clínicas, los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos (médicos/as 34.5% y enfermeras/os 33.3%) y ansiedad (médicos/as 51.7% y enfermeras/os 33.3%), las puntuaciones obtenidas en estas variables fueron similares a las halladas en estudios previos (Fernández, 2011; McManus et al., 2004).

El segundo objetivo de esta investigación fue identificar la prevalencia de las tres dimensiones para la clasificación del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en el personal de salud en estudio. Los resultados de las dimensiones en agotamiento emocional en la muestra de médicos/as el 20.7% y de enfermeras/os 16.7% obtuvieron un alto nivel, siendo el nivel bajo el que mayor prevalencia manifestará con 58.6% en médicos/as y 66.7% en enfermeras/os, datos similares a los presentados en el estudio previo (Basset, Estévez, Leal, Guerrero y López, 2010), que indica que el rango mayor se encuentra en un nivel bajo, demostrando que no existe agotamiento emocional. En relación con la dimensión de despersonalización, solo el 3.4% de médicos/as puntuaron alto, mientras que en el personal de enfermería ningún participante presento puntuaciones altas en este nivel y siendo el que más predominio tuvo el nivel bajo con el 100%, cifras similares a la investigación (Caballero,Bermejo, Nieto, Caballero- Martínez, 2001) y superiores a las halladas en la mayoría de las investigaciones analizadas, en las que la prevalencia de

despersonalización osciló entre el 17.3% y el 27% (Agudelo et al., 2013; Álvarez y Prieto 2013; Klersy et al., 2007). En lo que se refiere a la dimensión de realización personal el 62.1% del personal médico puntuaron bajo y en el personal de enfermería el 100% presento puntuación baja en este nivel, datos que se asemejan a la mayoría de los trabajos con baja realización personal, que oscilaron entre el 21.5% y el 67.7% (Herrera et al., 2013; Martins et al., 2014; Teixeira et al., 2013).

Estos resultados ponen en manifiesto la ausencia de síndrome de burnout en este trabajo investigativo asemejándose a otros estudios en lo que en la población investigada no se encontraron casos presentes (Basset, I, et al., 2011; Landázuri, 2011).

El tercer objetivo de este trabajo fue determinar los modos de afrontamiento más utilizados por el personal médico y de enfermería de la muestra investigada. Las estrategias de afrontamiento de población investigada en los médicos/as son: afrontamiento activo (2.17), religión (1.69), replanteamiento positivo (1.55) y planificación (1.48); mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento son: afrontamiento activo (2.51), aceptación (2.28), replanteamiento positivo (2.25) y religión (1.97), información que tiene correlación con la presentada en la investigación de Tello, (2010) en la que los hallazgos presentados nos han permitido identificar que el 79.2% , utilizan a menudo las estrategias de afrontamiento lo que les permite de alguna manera evitar que existan niveles altos de Síndrome de Burnout.

Con respecto al cuarto objetivo que es conocer el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los profesionales de la salud en estudio. Se puede determinar que la media más alta en ambos grupos es el amor y cariño siendo esta para el personal médico de 89.43 y para el personal de enfermería de 86.67, seguida de relaciones sociales que para los médicos/as la media es 83.43 y para enfermeras/os 75.83, apoyo instrumental donde la media para médicos/as es de 81.90 y para enfermeras/os de 80.83 y finalmente el apoyo emocional con una media de 79.22 en médicos/as y de 77.8 en

enfermeras/os. El apoyo social surge a través del trabajo (Pérez y Martín, 2004), en el cual el sujeto puede encontrar un desarrollo en su dimensión social, que es un elemento fundamental para la realización personal; en este sentido, el mundo laboral ofrece la posibilidad de integrar a las personas en grupos, de ofrecerles un estatus e identificación social con otras personas y grupos, puede contribuir a la satisfacción de necesidades sociales y por ende a la propia realización personal.

El quinto objetivo de esta investigación trata de identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de los centros de salud en estudio. Con respecto a los rasgos de personalidad el que mayor prevalencia tuvo en el personal médico fue la extroversión seguido de neuroticismo y por ultimo de psicoticismo; mientras que en el personal de enfermería el rasgo de la personalidad más alto fue el neuroticismo ,continuado de la extraversión y el finalmente del psicoticismo. Los trabajos previos (Fernández, 2011; Hochwälder, 2009; McManus, Keeling y Paice, 2004; McManus et al., 2011) en relación con los factores de personalidad determinan que el neuroticismo es un factor de riesgo para experimentar cansancio emocional, así como también el psicoticismo según el estudio de Fernández, 2011 en el que se encontró una asociación del psicoticismo con el cansancio emocional. Por el contrario, se ha hallado una disminución del riesgo del cansancio emocional asociado a la extroversión de acuerdo con los trabajos previos (Gil- Monte, 2005; Schwab, 1995) encontraron mayor puntuación en extraversión menor puntuación en cansancio emocional.

Los resultados del estudio, resaltan la importancia de propender por políticas de atención en salud y estrategias organizacionales mucho más conscientes que estén dirigidas a evitar la sobrecarga laboral, mejorar el clima en el trabajo y promocionar el bienestar tanto para los usuarios como para los empleados. Es importante enfatizar en la necesidad del tiempo dedicado a actividades de esparcimiento, a fortalecer el amor por el trabajo y las relaciones

interpersonales, así como compartir con la familia ya que esto favorece los estilos de vida saludables y constituye factores protectores para el desarrollo del síndrome de burnout.

CONCLUSIONES

Considerando los resultados hallados en este estudio, se establecen las siguientes conclusiones:

- ✓ En la muestra investigada del personal de médicos/as y enfermeras/os se logró obtener mayor aceptación por parte de las mujeres tanto en el personal médico con un 51.7% como el de enfermería con 83.3%.
- ✓ La edad promedio de los participantes de este estudio fue en los médicos/as de 39.6 años y en enfermeras/os de 35.5 años.
- ✓ En relación con el perfil laboral de la muestra, fue el de un profesional con ingresos mensuales familiares superiores a \$1000, personal de enfermería, con una experiencia profesional de 10 o más años, y dedicación total, que ejercía su actividad en el sector público, con una jornada laboral de 8 horas diarias, atendiendo a un mínimo de 30 pacientes al día, y que consideraba que disponía de los recursos necesarios institucionales.
- ✓ En cuanto a las variables clínicas, los profesionales de la salud que participaron en este estudio presentaron síntomas somáticos y de ansiedad.
- ✓ De acuerdo con los datos obtenidos en la aplicación del Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) no existió la presencia del Síndrome de Burnout en la muestra de estudio.
- ✓ Se determinó que el apoyo social que perciben los profesionales de salud en la muestra investigada la media más alta en ambos grupos es el amor y cariño siendo esta para el personal médico de 89.43 y para el personal de enfermería de 86.67.
- ✓ Los rasgos de personalidad que predominaron en el personal médico fue la extroversión seguido de neuroticismo y por ultimo de psicoticismo; mientras que en el personal de enfermería el rasgo de la personalidad más alto fue el neuroticismo ,continuado de la extraversión y el finalmente del psicoticismo.

- ✓ Los resultados de esta investigación proporcionan evidencia sobre la prevalencia de burnout en profesionales de salud de las instituciones públicas y privadas de las ciudades de Cariamanga, Catamayo y Macará de la provincia de Loja.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomiendan que se realicen futuras investigaciones en donde se empleen diseños longitudinales y de seguimientos, para evidenciar el proceso de desarrollo del *burnout* y sus dimensiones en esta población.
- ✓ Considerar los datos obtenidos en la presente investigación con el fin de mejorar la eficacia asistencial del personal médico y de enfermería que brinden a los pacientes.
- ✓ Se sugiere a las instituciones de salud desarrollar talleres de información y prevención del síndrome de *burnout* con el fin evitar la propagación del mismo. En el caso de los trabajadores que presentan este síndrome se recomienda brindar ayuda, apoyo, acompañamiento y tratamiento para reducir sus efectos y de esta manera puedan brindar una mayor calidad de servicios hacia los usuarios o pacientes.
- ✓ Además se recomienda al establecimiento realizar actividades como: grupales al menos una vez por mes, ejecutar prácticas de rutinas activas, conocer los procesos de otras unidades de especialización, y elaborar talleres de relajación y recreativos para sus empleados; así como implementar periodos de descanso entre las jornadas que laboran con el propósito de minimizar los niveles de estrés generados por cualquier circunstancia o situación que se presente.
- ✓ Se sugiere que para futuros estudios que se ejecuten se incluyan en la población más instituciones para que la muestra sea más representativa y poder obtener resultados que puedan generalizarse a nivel de la provincia de Loja.
- ✓ Implementar en las instituciones de salud la utilización del MBI como instrumento para la detección temprana del síndrome en los trabajadores recién vinculados como también en los funcionarios antiguos como parte de un sistema de vigilancia epidemiológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, C. A., Castaño, J. J., Arango, C. A., Durango, L. A., Muñoz, V., Ospina González, A. Ramirez Castaño J., Salazar Rodríguez, N., Serna Zuluaga, J. D., y Taborda Merchán, J. (2013). Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en Instituciones de la ciudad de Manizales y la Virginia. Colombia: Universidad de Manizales. *Facultad de Medicina*. 11, 91-100.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.
- Álvarez, E., y Fernández, L. (1991). El síndrome de Burnout o desgaste emocional (I). Revisión de Estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-261.
- Álvarez, L. P., y Prieto, B. M. (2013). Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enfermería Global*, 12, 73-88.
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Basset, I., Estévez, R., Leal, M., Guerrero, M.G., y López, J.T. (2011). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría. *Enfermería Neurológica (Mex)*, 10(2), 81-85.

- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115 (2), 243-267.
- Buunk, B.P. & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). London: Taylor & Francis.
- Buunk, B.P., Schaufeli, W. B. & Ybema, J. F. (1994). Burnout, uncertainty, and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24 (19), 1701-1718.
- Caballero, M.A., Bermejo, F., Nieto, R., y Caballero- Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27(5), 313-317.
- Caballero, C., Hederich, C., y Palacio, J.E. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 131-146.
- Carauna, A. (1989). *Evaluación del estrés ocupacional en profesionales de la salud*. Tesis doctoral publicada. Alicante: Universidad de Alicante
- Carr, P., Gareis, K., & Barnett, R. (2003). Characteristics and outcomes for women physicians who work reduced hours. *Journal of Women's Health*, 12, 399-405.
- Carrillo, R., Gómez, K. y Espinoza Monteros, I. (2012). Síndrome de Burnout. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584.
- Carver, C. & Scheier, M. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-200.
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M. J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 7, 459-466.

- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications
- Cherniss, C. (1980a). *Staff Burnout*. Londres: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1980b). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980c). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout". En W. B. Schaufeli, T. Moret, y C. Maslach (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington DC: Hemisphere.
- Cohen, S. y Ashby, T. (1985). Stress, social support and the buffering hipotesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 310-357.
- Cox, T. & Mackay, C. J. (1981). (Ed). A transactional approach to occupational stress. En E. N. Corlett y J. Richardson. *Stress, work design and productivity*. Chichester: Wiley & Sons.
- Cox, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan Press.
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). (Eds.). *Burnout, health, work stress, and organizational healthiness*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek .*Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 177-193). UK: Taylor & Francis.
- Cuevas, P., O´Ferrall, F.C. y Crespo, J. (1998). Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal.*Enfermería Científica*, 194-195, 31-32
- De Dios del Valle, R., y Franco, A. (2007). Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad, 1(2), 58-64.
- De la Fuente, E. I., García, J., Ortega, A. R. y De la Fuente, I. (1994). Salud laboral. Evaluación de burnout en profesionales sanitarios. *Revista de la Facultad de Humanidades de Jaén*, 3, 93-104.

- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., De la Rosa Zabala, K. L., y Asunsolo del Barco, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la Aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 224-241.
- Díaz Echenique, M., Stimolo, M. I., y Caro, N. P. (2010). Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos de Córdoba-Argentina. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56, 22-38.
- Eastburg, M., Williamson, M., Gorsuch, R. y Ridley, C. (1994). Social support, personality and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 1233-1250.
- Edelwich J. & Brodsky A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York: Human Services Press
- Escribá, V. y Bernabé, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 595-604.
- Escribá, V., Más, R., Cárdenas, E., Burguete, D. y Fernández, R. (2000). Estrés laborales y bienestar psicológico. *Revista ROL de Enfermería*, 7-8, 506-511.
- Farber, B. A. & Miller, J. (1981). Teacher burnout: A psycho-educational perspective. *Teacher College Record*, 83 (2), 235-243.
- Fernández Martínez, M. E. (2011). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. [Tesis doctoral Universidad de León]. Recuperada de <https://buleria.unileon.es/handle/10612/902>

- Ferrer, R. (2002). Burn out o síndrome de desgaste profesional. *Medicina Clínica*, 119, 495-496.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 150-170.
- Font, A., Corti, V., & Berger, R. (2015). Burnout in Healthcare Professionals in Oncology. *Procedia Economics and Finance*, 23, 228-232
- Francis. Farber, B. A. (1983). *Introduction: A critical perspective on burnout. Stress and burnout in the human service professions* (B. A. Farber Ed) New York, Pergamon Press.
- Gabbe, S. G., Melville, J., Mandel, L., y Walker, E. (2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 601-612.
- Galván, M. E., Vassallo, J. C., Rodríguez, S. P., Otero, P., Montonati, M. M., Cardigni, G., Buamscha, DG., Rufach, D., Santos, S., Moreno, RP., & Sarli, M. (2012). Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110, 466-473.
- García , J.M., Herrero,S., y León,J.L.(2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(2) ,157-174.
- García, C. R., Oviedo, A. M., Santillán, M. V., Velasquez, V. H., y Fiesco, M. D. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, 1, 179-193.
- García, M., Saéz, M. C. y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 215-228.

- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
- Gil-Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11 (1), 21-31.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2007). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Una perspectiva histórica*. En P. R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez: *El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout)*. Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 1, 67-80.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1998). A study on significant sources of the “burnout syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 116-123.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1993). *Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería*. En L. Munduate y M. Barón (Comp.). *Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida Laboral* (p. 231-241). Sevilla: Eudema

- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
- Gil-Monte, P.R. (2001, 25 de julio). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 3(5). Recuperado de [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo(sindrome-de-burnout).html).
- Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en Profesionales de Enfermería. *Psicología em Estudo, Maringá*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Győr, Hungría.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4), 461-481.
- Golembiewski, R.T., Hilles, R. & Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and work site features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23 (2), 295-313.
- Gomero R, Palomino J, Ruiz F, y Llap C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation: Estudio piloto. *Revista Médica Herediana*, 16 (4), 233-23.

- González-Roma, V., Ripol, P., Caballer, A., Ferreres, A., Gil, P. y Peiró, J. M. (1998). Comparación de modelos causales sobre la experiencia de burnout. Un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, 1, 81-95.
- Graham, J., Ramirez, A., Cull, A. & Finlay, I. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 3, 185-194.
- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font S, Prats M, y Braga, F.(2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información psicológica*, (91-92), 64-79.
- Grau, A., Suñer, R., y García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*, 19, 463-470.
- Guerrero, E. (2001). Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del "quemado". *Revista Iberoamericana de Educación*, 1, 1-22.
- Gutiérrez A.G., Celis L.M., Moreno J.S., Serratos F.F., y Suárez C.J. (2006). Síndrome de burnout. *Arch Neurocién (Mex)*,11(4),305-309
- Hall, D. T. (1976). *Careers in organizations*. Pacific Palisades, CA: Goodyear
- Harrison, W. D. (2a. ed.)(1983). *A social competence model of burnout*. En B. A. Farber (Ed.) (1985), *Stress and burnout in the human services professions*. (p.29-39). New York: Pergamon Press.
- Herrera, M. E. O., Viveros, G. R. O., y Brizio, P. G. C. (2013). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17, 5-16.
- Hobfoll, S. E. & Fredy, J. (1993). (Ed.). *Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout*. En W. B. Schaufeli y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 115-129). UK: Taylor & Francis.

- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resource: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-524.
- Hochwalder, J. (2009). Burnout among Torgersen's eight personality types. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 37, 467-479.
- Illera- Rivera,D., Estrada- Ortega,J.A. , Perez- Escobar,R.M., Quintana- Bravo,S.P. y Fajardo- Ruiz,T.(2013). *Estrés Laboral (Síndrome De Burnout) en un Hospital No Acreditado en el Municipio de Mocoa Año 2012*. Universidad EAN, Popayan,Colombia.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2012), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbano y Rurales (2011-2012)*, Primera Versión formato PDF, Quito, Ecuador, Recuperado de http://www.inec.gob.ec/Enighur_/Analisis_ENIGHUR%202011-2012_rev.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2013), *Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades 2013*, Primera Versión formato PDF, Quito, Ecuador, Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2013.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010).*Resultados del Censo de Población y vivienda: Promedio de Personas por Hogar, según Provincia*. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2017). *Encuesta Nacional de Empleo, desempleo y subempleo. Indicadores Laborales Septiembre 2017*. Recuperado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2017/Septiembre/092017_M.Laboral.pdf.

- Iverosn, R., OlekasIns, M. & Erwin, P. (1998). Affectivity, organizational stressors and absenteeism: A causal model of burnout and its consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 52, 1-23.
- Johns, M. M., & Ossoff, R. H. (2005). Burnout in academic chairs of otolaryngology: head and neck surgery. *The Laryngoscope*, 115, 2056-2061.
- Klersy, C., Callegari, A., Martinelli, V., Vizzardi, V., Navino, C., Malberti, F., Tarchini, R., Montagna, G, Guastoni, C., Bellazzi, R., Rampino, T., David, S.11, Barbieri, C., Dal Canton, A., & Politi, P. (2007). Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy—a multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 2283-2290.
- Koniarek, J. y Durek, B. (1996). Social support as a buffer in the stress burnout relationship. *Internacional Journal of Stress Management*, 2, 99-106.
- Landázuri, J.P. (2011). *Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de Médicos y Enfermeras del Hospital Quito No. 1 Policía Nacional*. Universidad Central Del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993a). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski, Munzenrider y Stevenson (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54 (3), 369-398.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M. P. (1989). Conceptual implications of two models of burnout. *Group and Organization Studies*, 14 (1), 15-22.

- Ley 62/2012 de Ministerio de Relaciones Laborales República del Ecuador. (2012, 2 de julio). *Boletín Viceministro de Relaciones Servicio Público [MRL]*, 000033, 3 de julio, 2012. Recuperado de <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/10/R-0451-2012-AREA-DE-SALUD-No.2-LA-LIBERTAD.pdf>
- Lim, V. K. G. & Yuen, E. (1998). Doctors, patients, and perceived job image: An empirical study of stress and nurses in Singapore. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 269-282.
- López, A. V. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid
- López, F.F. (Ed.). (2016). *Organización y Estructura Sanitaria*. Madrid: ACCI ediciones.
- Lozano, A. y Montalbán, M. (1999). Algunos predictores psicosociales de burnout. *Gestión Hospitalaria*, 2, 66-74.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., & Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Marrau, M.C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos de Humanidades*, 10(19), 167-177.
- Marshall, R. E., Zahorodny, W., & Passannante, M. R. (1998). Burnout among neonatologists and pediatricians. *Neonatal Intensive Care*, 11, 16-18.
- Martínez, P.A. (2010). El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 8 (12), 42-80. doi: 10.15178/va.2010.112.42-80
- Martins, L. F., Laport, T. J., de Paula Menezes, V., Medeiros, P. B., y Ronzani, T. M. (2014). esgotamento entre profissionais da atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 4739-4750.

- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. En J. Jones (Ed.). The burnout syndrome: Current research, theory, interventions (pp. 30-53). Park Ridge, Illinois: London House Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual (2.^a ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual (3.^a ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- McManus, I. C., Jonvik, H., Richards, P., & Paice, E. (2011). Vocation and avocation: leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Medicine*, 9, 100.
- McManus, I. C., Keeling, A., & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2, 29.
- McManus, I. C., Winder, B. C., & Gordon, D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *The Lancet*, 359, 2089-2090.
- Mingote A.J., y Pérez C., (Ed). (1999). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Diaz de Santos.
- Mingote, A.J., Moreno J. B., y Galvez H.M. (2004). Desgaste Profesional y la Salud de los profesionales médicos: Revisión y Propuestas Preventivas. *Medicina Clínica*, 123(7), 265-270.
- Miranda-Lara, V.R., Monzalvo-Herrera, G., Hernández-Caballero, B., y Ocampo-Torres, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 24(2), 115-122.

Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162g.pdf>

- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1996). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp.739-761). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Muñoz, M. J., Gómez, C., García, I., Bono, M. y Pérez, F. (2001). "Burnout" en el personal sanitario de enfermería del distrito "Agrupación Centro Almería". En G. Aguilera (ed.), *Enfermería y salud laboral: "Un enfoque hacia el futuro"* (pp. 133-138). Almería: Universidad de Almería Servicio de Publicaciones.
- Munzenrider & Stevenson (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54 (3), 369-398.
- Narayanan, L., Menon, S. & Spector, P. (1999). Stress in the workplace: A comparison of gender and occupations. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 63-73.
- Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R. y Gómez, M. D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatologías asociadas. *Psiquis*, 3, 117-129.
- Ortega R. C. & López R.F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4,(1),137-160.
- Osuna, J. A. (2006). Estrés en médicos residentes en una Unidad de Atención Médica de tercer nivel. *Cirujano General*, 28, 103-109.
- Palmer ,Y., Gomez-Vera, A., Cabrera,C., Prince,R., & Searcy,R.. (2005). *Salud Mental*, 28(1), 82-9.

- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 655-668.
- Parkes, K.R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 79-109). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, J. y Martín, F. (2004). El apoyo social. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 3, 25-36.
- Pines A., Aronson E. & Kafry D. (1981). *PBurnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press
- Pines, A. M. (1993). *Burnout: An existential perspective*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 33-51). Washington DC: Hemisphere.
- Price, D. M. & Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Prieto A. L., Robles A. E., Salazar M. L. y Daniel V. E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29(5), 294-302.
- Quevedo, M. P., Delgado, C., Fuentes, J. M., Salgado, A., Sánchez, T., Sánchez, J. F. y Yela. (1997). Relación entre “despersonalización” (burnout) trastornos psicofisiológicos, clima laboral y tácticas de afrontamiento en una muestra de docentes. *Estudios de Psicología*, 63-64, 87-107.
- Ríos-Rísquez, M., Godoy Fernández, C., y Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*, 27(1) ,71-79.
- Rodríguez- Paipilla, M.G., Rodríguez-Gómez, R., Riveros-Gutierrez, A.E., Rodríguez-D'Íluz, M.L. , & Pinzón- Salamanca, J.Y. (2011). *Síndrome de Burnout y Factores*

Asociados en personal de Salud en tres Instituciones de Bogotá en Diciembre de 2010. Universidad del Rosario - Universidad CES, Bogotá, Colombia.

- Roth, M., Morrone, K., Moody, K., Kim, M., Wang, D., Moadel, A., y Levy, A. (2011). Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatric Blood & Cancer*, 57, 1168- 1173.
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14, 204-220.
- Schaufeli, W.B. & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schwab, J. J. (1995). How to avoid burnout in medical practice. *The Journal of the Kentucky Medical Association*, 93, 23-27.
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N., & Nagata, S. (2003). Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study. *Journal of Occupational Health*, 45, 185-190.
- Silva, R. M. D., Beck, C. L. C., Magnago, T. S. B. S., Carmagnani, M. I. S., Tavares, J. P., y Prestes, F. C. (2011). Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 15, 270-276.
- Silva, R. M. D., Beck, C. L. C., Magnago, T. S. B. S., Carmagnani, M. I. S., Tavares, J. P., y Prestes, F. C. (2011). Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 15, 270-276.

- Sos T.P., Sobrequés S.J., Segura B. J., Manzano M. E., Rodríguez M.C., García G.M. y Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*, 12(10), 613-619.
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13, 38.
- Tello, S., Tolmos, M. T., Vállez, R. y Vázquez, M. E. (2002). *Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos*. Recuperado de http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm
- Tello, J.I., (2010). *Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2009*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Thompson, M. S., Page, S. L. & Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. D. S., Reis, E. J. F. B., Marques Filho, E. S., Almeida, A., Bitencourt, A., Ramos, A. I., Serra, F., Cunha, I. C., França, J., Guimarães, I., Barreto, M., Valverde, M., Santos, M., Bastos, M., y Souza, Y. G. D. (2009). Professional Burnout Syndrome among intensive care physicians in Salvador, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55, 656- 662.
- Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. D. S., Reis, E. J. F. B., Marques Filho, E. S., Almeida, A., Bitencourt, A., Ramos, A. I., Serra, F., Cunha, I. C., França, J., Guimarães, I., Barreto, M., Valverde, M., Santos, M., Bastos, M., y Souza, Y. G. D. (2009). Professional Burnout Syndrome among intensive care physicians in Salvador, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55, 656- 662.

- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silveira, D. S. D., Siqueira, F. V. Rodrigues, M. A., Vieira, V., y Teixeira, V. A. (2008). Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 193-201.
- Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silveira, D. S. D., Siqueira, F. V. Rodrigues, M. A., Vieira, V., y Teixeira, V. A. (2008). Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 193-201.
- Torrado, V., Fernández-Ríos, L. y Martínez, M. C. (1996). Estrés laboral y estado de salud entre psicólogos clínicos y psiquiatras. *Clínica y Salud*, 2, 163-180.
- Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 9, 782-800.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W.B., & Sixma, H.I. (1994). Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 86-100.
- Vásquez, J. F., Maruy-Saito, A., y Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77, 168-174.
- Waldman, S. V., Diez, J. C. L., Arazi, H. C., Linetzky, B., Guinjoan, S., & Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic Psychiatry*, 33, 296-301.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, 374, 1714-1721.

- Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). Washington DC: Hemisphere.
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, *59*, 233-239.
- Yela, J. R. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*, *50*, 37-52.
- Zanatta, A. B., & Lucca, S. R. D. (2015). Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *49*, 0253-0258.
- Zanatta, A. B., & Lucca, S. R. D. (2015). Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *49*, 0253-0258.
- Zazzeti, F., Caricavura, M., Ceballos, J., y Miloc, E. (2011). Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, *17*(2), 120 - 128.
- Zellars, K., Perrewe, P. & Hochwarter, W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, *8*, 1570-1598.
- Zurriaga, R., Ramos, J., González-Romá, V., Espejo, B. y Zornoza, A. (2000). Efecto de las características del puesto de trabajo sobre la satisfacción, el compromiso y el absentismo en organizaciones sanitarias. *Revista de Psicología Social Aplicada*, *3*, 85-98.

ANEXOS

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

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

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

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

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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