



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del síndrome de burnout. Estudio realizado en dos centros de salud pública ubicados en los cantones de Macará y Zapotillo pertenecientes a la provincia de Loja en el año 2017- 2018

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Flores Villalta, Maira Guicela

DIRECTORA: Chamba Leiva, Katy Maricela

CENTRO UNIVERSITARIO MACARÁ

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

Katy Maricela Chamba Leiva

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Identificación del Síndrome de Burnout en dos Centros de Salud Pública ubicados en los cantones de Macará y Zapotillo pertenecientes a la provincia de Loja, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, marzo de 2018

F. _____

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Maira Guicela Flores Villalta declaro ser la autora del presente trabajo de titulación: Identificación del síndrome de Burnout de la Titulación Psicología General, siendo Katy Maricela Chamba Leiva directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

F.-----

Autor: Maira Guicela Flores Villalta

Cédula:1105218356

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios, seguidamente a mis padres Blanca Villalta y Gerardo Flores. Sin su amor y apoyo sin fin, este proyecto nunca habría sido terminado. Su comprensión cuando tenía que estudiar hasta tarde hace este proyecto posible.

Guicela

AGRADECIMIENTO

Primeramente, a Dios, porque ha bendecido mi vida y me ha guiado siempre por el camino correcto, me ha dado, la sabiduría y la fortaleza para culminar con este sueño tan anhelado, sé que todo lo que soy se lo debo a Él.

También quiero agradecer a mis padres, por su apoyo incondicional, por los consejos brindados y por sus palabras de ánimo a lo largo de mis años de estudio, agradecerles a ellos por estar conmigo siempre.

Así mismo agradecer a toda mi familia que ha estado conmigo en todo momento y de la misma manera, quiero dejar expresado mi sincero agradecimiento a todas las personas que de diferente manera han contribuido en mi formación académica y que sin su ayuda este sueño difícilmente se hubiera podido cumplir, mi gratitud para mi directora de tesis, Mgtr. Katy Chamba Leiva, a la Phd. Roció Ramírez coordinadora del Trabajo de Titulación y a todos los maestros de todas las asignaturas que han conformado la malla curricular. Gracias a ellos hoy he podido cumplir con un objetivo muy importante que me llena de satisfacción y alegría.

Guicela

INDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÒN.....	ii
ACTA DE SECIÒN DE DERECHOS.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
INDICE.....	vi
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÒN	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I: MARCO TEORICO	
1.1. Conceptualizaciòn del burnout.....	6
1.2. Desarrollo del Tèrmino.....	6
1.2.1. Definiciones en la dècada de 1970.....	7
1.2.2. Definiciones en la dècada de 1980.....	8
1.2.3. Definiciones en la dècada de 1990.....	9
1.2.4. Definiciones en la dècada del 2000.....	10
1.2.5. Definiciones de la dècada 2010 hasta la actualidad.....	11
1.3. Desarrollo y fases del burnout.....	11
1.3.1. Golembiewski, Munznrider y Carter.....	12
1.3.2. Leiter y Maslach.....	12
1.3.3. Leiter.....	13
1.3.4. Lee y Ashforth.....	13
1.3.5. Gil-Monte, Peirò y Valcàrcel.....	14
1.4. Consecuencias del burnout.....	14
1.4.1. Consecuencias en la salud.....	14
1.4.2. Consecuencias en el trabajo.....	15
1.4.3. Consecuencias en la familia de los profesionales de la salud.....	16
1.5. Modelos explicativos del burnout.....	16
1.5.1. Modelos basados desde la teorìa sociocognitiva.....	16
1.5.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.....	17

1.5.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	17
1.5.1.3. Modelo de Pines.....	17
1.5.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.....	18
1.5.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.....	18
1.5.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.....	18
1.5.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy 1983.....	19
1.5.3. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.....	19
1.5.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	20
1.5.3.2. El modelo de Winnubst.....	20
1.5.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	20
1.6. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.....	21
1.6.1. Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson).....	21
1.6.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.....	22
1.6.3. Modelo de Price y Murphy.....	23
1.7. Modelo de la teoría estructural modelo de Gil Monte.....	23
1.8. Prevalencia del burnout en profesionales de la salud.....	24
1.9. Importancia del estudio del burnout.....	25
1.10. Variables asociadas al burnout.....	26
1.10.1. Variables individuales.....	27
1.10.2. Variables sociales.....	28
1.10.3. Variables organizacionales.....	29
CAPITULO II: METODOLOGÍA	
2.1. Objetivos.....	32
2.2. Objetivos específicos.....	32
2.3. Preguntas de investigación.....	32
2.4. Contexto de la investigación.....	32
2.4.1. Misiones de los Centros de salud.....	33
2.4.2. Visiones de los Centros de Salud.....	33
2.5. Diseño de investigación.....	33
2.6. Muestra.....	34
2.7. Criterios de inclusión y exclusión.....	34
2.8. Procedimiento.....	34

2.9. Instrumentos.....	35
2.9.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	35
2.9.2. Inventario Maslach burnout Inventory [MBI-HSS].....	35
2.9.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).....	35
2.9.4. Escala Multidimensional (BRIEF-COPE).....	36
2.9.5. Cuestionario MOS de apoyo social.....	36
2.9.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.....	36
CAPITULO III: INTERPRETACION DE RESULTADOS	
3.1. Variables Sociodemográficas.....	39
3.2. Resultados del inventario de Maslach burnout Inventory [MBI].....	41
3.3. Resultados del cuestionario de salud general (GHQ-28).....	42
3.4. Resultados del cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE).....	42
3.5. Resultados del cuestionario de apoyo social (AP).....	43
3.6. Cuestionario de personalidad (EPQR-A)	44
CAPITULO IV: DISCUSION DE RESULTADOS	
4.1. Discusión.....	46
5.1. Conclusiones.....	50
5.2. Recomendaciones.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS	59

RESUMEN

Este trabajo de tesis se basa en la investigación del fenómeno del Burnout en el personal de salud de dos Centros de Salud Pública ubicados en los cantones de Macará y Zapotillo pertenecientes a la provincia de Loja, estas profesiones, según la literatura son particularmente susceptibles al desarrollo de este fenómeno; por ello el principal objetivo de este trabajo fue identificar los casos de burnout existentes en la muestra investigada, además se analizaron otras variables como: características sociodemográficas, tipos de personalidad, estilos de afrontamiento y la densidad de las redes de apoyo que estos poseen.

Para cumplir con objetivo planteado se tomó como muestra a 24 médicos y 16 enfermeras, a los cuales se les aplicó seis instrumentos psicológicos: cuestionario sociodemográfico, el (MBI) Maslach Burnout Inventory, el cuestionario de salud general (GHQ-28), cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE), el cuestionario de apoyo social (MOS) y el de personalidad EPQR A.

Una vez culminado el trabajo se llega a la conclusión de que en los Centros de Salud investigados existe un caso de Burnout en la muestra del personal médico, mientras que en el personal de enfermería no se reportó ningún caso.

PALABRAS CLAVES: burnout, estrés laboral, desgaste laboral.

ABSTACT

This thesis work is based on the investigation of the phenomenon of burnout in the health personnel of two Public Health Centers of the province of Loja, these professions, according to the literature are particularly susceptible to the development of this phenomenon; Therefore, the main objective of this study was to quantify the existing cases of burnout in the sample investigated, and other variables were analyzed: sociodemographic characteristics, personality types, coping styles and the density of the support networks they possess.

In order to meet the stated objective, 24 doctors and 16 nurses were taken as samples, to which six psychological instruments were applied: sociodemographic questionnaire, the (MBI) Maslach Burnout Inventory, the general health questionnaire (GHQ-28), questionnaire coping (BRIEF-COPE), the social support questionnaire (MOS) and the EPQR-A personality questionnaire. Once the work is completed, it is concluded that in the Health Centers investigated there is a case of Burnout in the sample of medical personnel, while in the nursing staff there were no cases reported.

KEY WORDS: burnout, work stress, work wear.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout, es la condición que se produce cuando el estrés prolongado provoca agotamiento emocional, a su vez conduce a conductas de despersonalización, y a sentimientos de baja realización profesional (Maslach y Leiter, 1997), es un fenómeno generalizado en las organizaciones, el cual tiene graves consecuencias disfuncionales, lo que acarrea costos sustanciales tanto para las organizaciones como para los individuos.

El fenómeno apareció por primera vez en las profesiones de servicios humanos y en estas áreas surgió la primera investigación capaz de identificar y describir el síndrome. En este caso, es el trabajo del psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1974, que dibujó los primeros contornos de la reflexión teórica sobre el tema. Él mismo se basó en su experiencia de agotamiento mientras trabajaba con un grupo de drogadictos en Nueva York en la década de 1960 para desarrollar sus observaciones sobre el síndrome.

Esta patología no está reconocida oficialmente como una enfermedad mental y aún no se incluye en el DSM IV; Por el contrario, entra en la categoría de trastornos de adaptación y se conoce como Burnout. Según la investigación, el agotamiento se origina en el lugar de trabajo porque las dificultades iniciales se concentran y se encuentran en el entorno laboral. El agotamiento también es causado siempre por el estrés crónico y es el resultado de este estrés. La causa principal sería un deterioro de la calidad de vida y del trabajo que daría lugar a una sensación de agotamiento en los trabajadores.

El presente trabajo denominado Identificación del Síndrome de Burnout en dos Centros de Salud Pública ubicados en los cantones de Macará y Zapotillo pertenecientes a la provincia de Loja, consta de cuatro capítulos, en la primera parte se hace un recorrido histórico sobre el Síndrome de Burnout, las fases, etapas, consecuencias y variables asociadas a este síndrome. En el segundo capítulo, se describen los objetivos, preguntas y contexto de investigación, misión y visión de los centros de salud, diseño de investigación, muestra investigada, criterios de inclusión y exclusión, procedimiento e instrumentos utilizados. En la tercera parte constan los resultados obtenidos, en el cuarto capítulo se realiza la discusión de los resultados obtenidos y en la última parte se describen las conclusiones y recomendaciones.

Por la literatura investigada se puede considerar que es esencial para hacer frente a este fenómeno, conocer los índices de prevalencia, las consecuencias que esto provoca en el individuo y en la organización en la que trabajan; razón por la cual, este trabajo de investigación pretende identificar y cuantificar los casos de burnout existentes en los profesionales sanitarios que laboran en dos Centros de Salud Públicos ubicados en los cantones de Macará y Zapotillo

pertenecientes a la provincia de Loja y en segundo lugar se busca determinar las características sociodemográficas de la muestra estudiada, así como también conocer cuáles son sus estilos de afrontamiento, la densidad de red de apoyo social, rasgos de personalidad, dada la importancia que estas variables tienen por estar relacionadas con el síndrome. Para cumplir con los objetivos planteados se tomó como muestra a 40 profesionales de la salud (24 médicos y 16 enfermeras), a los mismos que se les administro seis pruebas de medición apropiadas, tales como el MBI, cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; mediante un método de estudio descriptivo, cuantitativo, exploratorio y no experimental. Al finalizar con el estudio se pudo determinar que de los 24 médicos investigados uno de ellos presentó síndrome de burnout que corresponde al 4.2% y en cuanto al personal de enfermería no se reportó ningún caso. En cuanto a los demás objetivos planteados se puede decir que se cumplieron a cabalidad y dentro de este trabajo se incluyen cada uno de los resultados obtenidos. En lo referente a las limitaciones encontradas para la realización del presente trabajo se puede mencionar la dificultad de poder acceder a la población de estudio, debido a que son profesionales que trabajan con horarios asignados es difícil que dispongan de tiempo para la contestación de los diferentes instrumentos psicológicos.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1. Conceptualización del burnout

El término Burnout, es un concepto muy conocido a nivel internacional, que en castellano se denomina “síndrome de quemarse en el trabajo”. Y conceptualizarlo no ha sido fácil, debido a la dificultad que supone definir un proceso tan complejo, así como también, por el parecido que tiene con otras patologías. Es así, que la mayor parte de las investigaciones han hecho un esfuerzo por eliminar la ambigüedad terminológica del Burnout, diferenciándolo de otras patologías similares.

Estar quemado en el trabajo, desgaste profesional son algunas de las terminologías empleadas para referirse a este síndrome, el cual fue acuñado por primera vez en el campo de la asistencia social y sanitaria en 1974 por Freudenberg, el mismo que fue utilizado para describir las consecuencias del estrés laboral severo. Más adelante la psicóloga social Cristina Maslach empleó el vocablo Burnout, para describir un cúmulo de respuestas que influyen de manera negativa en las profesiones sanitarias.

Esta patología sería resultado de la tensión experimentada en el trabajo, formada por conductas y afectos negativos hacia los compañeros de labores, acompañado también de sentimientos de incompetencia personal, y por sensaciones de cansancio emocional. El Burnout está relacionado con las profesiones que prestan ayuda a otras personas cuyo contexto laboral es altamente demandante, riguroso y por ende estresante.

1.2. Desarrollo del Término.

El ritmo de vida acelerado, las diversas y acrecentadas exigencias laborales en conjunto con la lucha por mantener el trabajo en el contexto actual, abren puerta al desarrollo de trastornos físicos y psicológicos en las personas. Varios sectores se han interesado por este fenómeno y en el ámbito académico numerosos investigadores se han esmerado por conocer la razón del aumento de la prevalencia de dichos trastornos y en particular estudiar aquellos de índole psicológico que se originan del estrés laboral, dada su frecuencia y alto costo para las personas y organizaciones. En este contexto se ha observado que el “Síndrome de Burnout”, es uno de los trastornos psicológicos más dañinos que se puede encontrar en las organizaciones con y sin fines de lucro.

El síndrome de Burnout es un concepto que se utilizaba inicialmente en profesionales que brindaban servicios de ayuda como profesionales de la salud, educadores, entre otros. Ellos sentían que sus labores los dejaba agotados y sus patrones observaban como se iba deteriorando la eficacia del servicio. Aun cuando en un inicio la observación del Burnout no disponía de una investigación teórica sólida, el síndrome cobró importancia formal cuando los académicos paulatinamente se hicieron cargo de la necesidad de investigación y de la necesidad

de buscar mecanismos para su apoyo y prevención. Gracias a lo mencionado se fue avisando con mayor claridad como en múltiples países existía la tendencia a un creciente deterioro de la salud mental de las personas que trabajaban en diversos tipos de organizaciones y empresas que prestaban servicios. A pesar de dichos esfuerzos, en la actualidad sigue aumentando la prevalencia del síndrome, por lo que hay un gran interés en avanzar en la investigación empírica y en el planteamiento de modelos para una explicación más específica de la etiología del síndrome y de formas acotadas de prevención, manifestándose en una gran cantidad de publicaciones científicas sobre el tema.

1.2.1. Definiciones en la década de 1970.

A partir del aparecimiento del Burnout, los estudios referentes a esta patología se han ido desarrollando y a medida que el concepto del burnout ha ido evolucionando, han aparecido múltiples definiciones y modelos que han sido utilizados para explicarlo, pero lamentablemente uno de los principales obstáculos para la investigación sobre el Burnout es la falta de una definición de trabajo, convincente y consensuada. Se acostumbra a decir, en la comunidad científica que el síndrome de burnout no tiene menos de 50 definiciones es por ello que para tratar de entenderlo es indispensable hablar de las diferentes conceptualizaciones que se le han dado desde su origen hasta nuestros días.

Freudenberger (1974) define por primera vez al Burnout como la extinción de la motivación laboral caracterizado por la presentación de síntomas físicos como cansancio, cefaleas y complicaciones gástricas, dificultad para conciliar el sueño y desánimo. De acuerdo a este autor, los signos del comportamiento incluyen desilusión, irritación, entre otros.

Maslach (1976) lo describe cómo una fase continua de pérdida de responsabilidad personal, y apatía entre sus compañeros de trabajo.

Para Pines & Kafry (1978) el Burnout era una especie de tedio que el profesional sentía hacia su trabajo, acompañado de ansiedad y estados de cansancio corporal y mental.

Spaniol & Caputo (1979) refieren que el Burnout es un estado que se presenta cuando el empleado no puede enfrentarse de manera eficaz con el estrés producido por su trabajo y con las presiones que se presentan en el diario vivir.

En resumen, en la década de los 70 se inician las primeras investigaciones sobre el síndrome de Burnout donde de acuerdo con las propuestas de los diferentes autores citados anteriormente es difícil atribuir a una fecha específica su origen. Dichos autores lo relacionan a cualquier cambio social, además hay que considerar que este fenómeno ha existido siempre y es gracias a las investigaciones realizadas que este síndrome llegó a ser considerado un problema.

1.2.2. Definiciones en la década de 1980.

Freudenberger & Richelson (1980) definen el agotamiento como:

Un estado de fatiga o frustración provocado por la devoción a una causa, un modo de vida o una relación que no producen la recompensa esperada y que en última instancia conduce a una reducción del compromiso y eficacia en el trabajo. (p13)

El agotamiento emerge de la discrepancia entre lo que el profesional considera como un ideal y la realidad del contexto de trabajo.

Edelwich & Brodsky (1980) refieren que el Burnout es un deterioro continuo y lo conceptualizan como una "pérdida progresiva de idealismo, energía, propósito y preocupación como resultado de las condiciones de trabajo" (p.14).

Estos autores establecen cuatro etapas por las que atraviesan todos quienes padecen Burnout: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

Por su parte, Freudenberger (1980) se refiere al Burnout como una etapa de fatiga o frustración producto de algunas causas, forma de vida o formas de relación que no generan el interés deseado. Así mismo, para Cherniss (1980) el Burnout es "un proceso en el cual un profesional inicialmente comprometido con su trabajo se desprende debido al estrés y la tensión experimentados en su trabajo" (p.18).

Por otro lado, Pines, Aronson & Kafry (1981) lo conciben como una fase de agotamiento físico, emocional y mental causado por la sobre implicación de los individuos a situaciones que les afectan negativamente durante largos períodos de tiempo.

Más adelante, Maslach & Jackson (1981) lo definen como el producto del estrés laboral crónico que acarrea la experiencia de encontrarse emocionalmente agotado. Según estos autores los sucesos frustrantes y frecuentes pueden llevar a los profesionales a experimentar cansancio emocional y desánimo para afrontar cada día. En su intento para enfrentarse a las situaciones difíciles, pueden desasirse psicológicamente y emocionalmente, "despersonalizar" de todos quienes sirven como un medio para alejarse de otros contextos estresantes. Más adelante, estos individuos pueden comenzar a albergar una actitud de indiferencia fría a las necesidades de los demás, lo que conduce a la disminución de la realización personal, definida como sentimientos de incompetencia laboral.

Perlman & Hartman (1982) plantean al Burnout como una respuesta al estrés emocional crónico con tres dimensiones: agotamiento emocional y físico, reducción de la productividad laboral y sobre despersonalización.

Smith & Nelson (1983) concluyeron que no es viable proporcionar una concepción exacta del síndrome, describiendo la complejidad del fenómeno que se pretende clarificar.

Brill (1984) lo considera como la etapa final que ocurre de un desglose en la adaptación que resulta del desequilibrio a largo plazo de demandas y recursos, por lo tanto, de un estrés prolongado en el tiempo, que va acompañado de síntomas mentales y físicos.

Smith, Watstein & Wuehler (1986) determinan que este síndrome tiene una serie de sintomatologías, conductuales y actitudinales que son exclusivas para cada individuo. Convirtiéndose todo esto en una dificultad para que se pueda aceptar una concepción completa del síndrome.

Johnson & Stone (1987) hablan de un estado de agotamiento resultante de la participación con personas en situaciones emocionalmente exigentes.

Etzion (1987) afirma que el agotamiento proviene de desajustes raros y rara vez reconocibles, generalmente mezclados entre las características individuales y las relacionadas con el medio ambiente. Estos desajustes son la fuente de un proceso de erosión psicológica lenta y oculta. Y este proceso de erosión puede continuar durante un largo período sin ser detectado.

Shirom (1989) considera "el agotamiento como una combinación de agotamiento emocional, fatiga física, fatiga cognitiva" (p.33).

Como se ha podido evidenciar durante esta época el síndrome de burnout aún no ha tenido un concepto aceptado por todos de forma general, sin embargo, durante este tiempo varios autores lo comparan con otros tipos de estrés. Llegando a la conclusión de que esta patología es una respuesta a los contextos altamente demandantes, propios de las profesiones de ayuda.

1.2.3. Definiciones en la década de 1990.

Moreno, Oliver & Aragonese (1991) se refieren a un tipo de estrés laboral que afecta especialmente a aquellos profesionales que necesitan de una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo.

Leiter (1992) lo señala como algo similar a un conflicto de autoeficacia, separando así el síndrome de burnout del estrés.

Brurke & Richardsen (1993) proponen un proceso que sucede a nivel individual como una experiencia psicológica rodeada de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa la que da lugar a problemas de disconfort. Por su parte, Leal Rubio (1993) destaca una serie de síntomas depresivos que aparecen como consecuencia de lo que la persona experimenta como fallo de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la percepción de que su trabajo y esfuerzo no son fructíferos.

Garcés de Los Fayos (1994) refiere que el Burnout puede ser análogo al estrés laboral o consecuencia de éste.

Leiter & Schaufeli (1996) consideran que "el agotamiento pertenece a cualquier ocupación en la cual las personas se involucren psicológicamente en el trabajo" (p.240). Esta opinión se basa en la idea de que el agotamiento es una crisis que ocurre entre la relación que existe entre el sujeto y su trabajo en lugar de relaciones laborales.

Gil-Monte & Peiró (1997) definen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés crónico relacionado con el trabajo donde existe una mezcla de actitudes y sentimientos negativos hacia los individuos receptores de los servicios.

Para Schaufeli Enzmann (1998) El agotamiento está compuesto por pensamientos negativos que dañan a las personas 'normales' relacionadas con el trabajo.

Lo rescatable de esta época es que durante ella muchos de los autores lograron identificar los síntomas característicos de este síndrome, con lo cual se lo logra diferenciarlo de otros constructos psicológicos, como, por ejemplo, ansiedad, depresión, etc.

1.2.4. Definiciones en la década del 2000.

Gil-Monte & Peiró (2000) conciben el síndrome de desgaste profesional como una fase de desarrollo en la que actúan factores cognitivo-aptitudinales, emocionales, y actitudinales.

Más adelante, Molina Linde & Avalos Martínez (2007) refieren que el Burnout es una especie de incongruencia que se puede encontrar en las profesiones sanitarias; el personal médico se va enfermando en el mismo tiempo que va sanando a los pacientes.

Por su parte Maslach & Leiter (2008) pioneros en el campo de la investigación del Burnout, conceptualizaron la relación entre los individuos y su trabajo como un continuo entre dos polos: la experiencia negativa del burnout en un polo y la experiencia positiva del trabajo en el otro polo.

Durante esta época los autores hablan sobre la etiología del síndrome de burnout, aunque la duda respecto a su definición se mantiene.

1.2.5. Definiciones de la década 2010 hasta la actualidad.

Gil-Monte & Zuñiga-Caballero (2010) menciona que el Síndrome de Burnout se define como “una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de estas” (p.170).

También, el burnout es considerado como un problema de salud pública (Dyrbye en Devi, 2011), quizá esto se deba al incremento de sus porcentajes de incidencia, pero sobre todo debido al impacto negativo que acarrea.

Como se puede evidenciar en la actualidad aún las dificultades para definir este síndrome se mantienen, así como también para hallar una conceptualización operativa, a pesar de los múltiples estudios realizados, quizá esto se deba a la carencia de un modelo teórico concreto y a la necesidad de explicar los episodios del síndrome desde un modelo integrador. Lo que si queda demostrado es que, entre los diferentes investigadores existe un acuerdo en considerar, que el burnout es causado por el estrés producido en el trabajo y en base a ello podemos afirmar que esta patología es un tipo de estrés laboral que resulta de la discrepancia entre las demandas del trabajo y los recursos (materiales y emocionales) que el trabajador tiene a su disposición, así mismo, es el resultado de expectativas insatisfechas las cuales generan desmotivación en el trabajador, el cual percibe que por mucho que se esfuerce, no obtiene ninguna recompensa adicional. Llevándolo a una disminución de su compromiso y a la adopción de algunos comportamientos robóticos que dañarán su autoeficacia y sentido de equidad, tanto en el trabajo como en su vida cotidiana.

1.3. Desarrollo y fases del Burnout.

El síndrome de Burnout es considerado como un proceso (Gil-Monte & Peiró, 1997). Este síndrome no aparece de la noche a la mañana, sino todo lo contrario aparece paulatinamente, en un proceso continuo que poco a poco va incrementando su gravedad, así mismo la sintomatología y evolución no son iguales para todas las personas, de manera que los individuos que llegan a padecer el burnout no pasan de la misma manera el ciclo evolutivo de esta patología. En la actualidad se exponen varias etapas: al inicio, las demandas laborales sobrepasan a los recursos materiales y humanos de los individuos. Y como resultado de ello, existe un alto grado de esfuerzo dentro del cual las personas presentarían signos de ansia, cansancio, irritabilidad, disminución de las metas laborales y de responsabilidad personal y decadencia en el altruismo profesional (Burke, Schwarzer & Greenglass, 1995; Gold, Roth, Wright, Michael & Chen, 1992). Y a medida que el Burnout avanza empiezan a verse afectados los estilos de trabajo. Las personas acostumbradas a efectuar trabajos de gran calidad, pierden motivación para seguir

realizándolos y todo ello hace que poco a poco se vaya deteriorando la autoestima de los individuos afectados y puede arrastrar sentimientos de culpa (Potter, 1993). Trabajadores afectados llegan tarde y salen temprano y la productividad decae. Las reacciones emocionales contribuyen a un endurecimiento psicológico y a una defensa frente al medio. Estos trabajadores se vuelven aislados, evitando contacto con compañeros de trabajo y supervisores. Se vuelven cada vez más hostiles, irritados y deprimidos, siendo el ánimo de pesimismo muy predominante.

Causando que, en las etapas finales del síndrome, los trabajadores experimenten un sentimiento irreversible de desvinculación o desapego y una pérdida total del interés en su trabajo. La autoestima sería muy baja y los sentimientos hacia el trabajo serían totalmente negativos, así mismo el ausentismo se volvería un problema frecuente. En esas alturas, la única solución es el cambio de trabajo. Las defensas de estas personas se encuentran desgastadas, sobreviniendo la indefensión. Aunque aparentemente contradictorio, los trabajadores que llegan a las etapas finales del burnout son usualmente personas muy responsivas a los demás y los compañeros de trabajo los tienden a buscar para lograr apoyo, dado que son personas siempre disponibles que recogen y absorben las quejas de los otros. No obstante, al llegar a las etapas finales se observa un cambio de actitud y distanciamiento, que va deteriorando los vínculos interpersonales dentro de la empresa (Potter, 1993).

Partiendo de todo lo anterior a continuación se mencionarán algunos autores que hablan acerca de las fases por las cuales atraviesa este fenómeno.

1.3.1. Golembiewski, Munznrider y Carter.

De acuerdo a Golembiewski, Munzenrider & Carter (1983) el desarrollo del Burnout inicia con la despersonalización. En cierto momento, el desapego que se experimenta a lo largo del tiempo en los entornos de servicio se convierte en despersonalización, luego se va socavando el rendimiento y provocando agotamiento emocional. Estos autores conciben, entonces que el síndrome se produciría mediante la relación de los diferentes componentes y que las fases que mejor explican y pronostican su apareamiento, son los sentimientos negativos hacia el trabajo, seguidos por las auto-evaluaciones negativas hacia el rol profesional y finalmente, el cansancio emocional.

Según este modelo, el Burnout se experimenta a través de un proceso de interacciones, en lugar de como una secuencia temporal de la causalidad.

1.3.2. Leiter y Maslach.

En el modelo de Maslach & Leiter, el burnout es un síndrome compuesto por tres dimensiones, como resultado de la tensión acumulada y constantemente (Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Leiter, 2008):

1. agotamiento emocional (estrés, falta de energía, fatiga, irritabilidad, impulsividad), con un posible impacto somático.
2. Despersonalización (desconexión relacional, distanciamiento, pérdida de ideales, cinismo)
3. Baja realización personal (sentimientos de ineficacia e incompetencia, inutilidad), marcado por baja motivación intrínseca y la incapacidad de acceder y trabajar en un sentido de producción.

En este modelo secuencial, el agotamiento emocional es el primer paso del proceso y su piedra angular, lo que resulta en la aparición de un proceso de deshumanización y finalmente, a medida que la despersonalización avanza, el logro de los objetivos laborales parece más frustrado y el logro personal disminuye.

1.3.3. Leiter.

Leiter (1993) sostiene que el síndrome de Burnout puede ser entendido como una crisis de autoeficacia profesional, y concluye que el agotamiento tanto físico como emocional resulta de la exposición del trabajador a contextos altamente estresantes y cuando se va profundizando y agravando aparecen las conductas de despersonalización. Para este autor esas conductas no influyen en la relación que existe entre el cansancio emocional y la satisfacción laboral, por el contrario, plantea que los contextos altamente demandantes, en conjunto con las pocas posibilidades de superación laboral y la carencia de redes de apoyo llevan a los individuos a percibir sensaciones de fracaso laboral. En conclusión, el síndrome de Burnout según este modelo iniciaría con el agotamiento emocional seguido de la despersonalización y finalizando con la baja realización profesional.

1.3.4. Lee y Ashforth.

Los investigadores Lee & Ashforth (1993) describen al Burnout en un modelo de proceso en el que el agotamiento emocional está positivamente relacionado con la despersonalización y donde la realización personal se desarrolla independientemente de la despersonalización. Manifiestan que niveles elevados de agotamiento emocional tienen un efecto directo en los sentimientos de logro personal y no indirectamente a través de la despersonalización (Lee & Ashforth, 1993).

De acuerdo a este planteamiento el medio adecuado para entender el síndrome de Burnout sería comprobar si el cansancio emocional es el que origina o es el que concluye el desarrollo del

burnout. Si se llega a esclarecer esta perspectiva, se podrá impedir la aparición del síndrome o en su defecto se podría mejorar su intervención.

1.3.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.

Según Gil-Monte, Peiró & Valcárcel (1995), parece razonable la hipótesis de que la baja realización personal puede ser una variable antecedente para el agotamiento emocional y que ambas variables, a su vez, se comportan como antecedentes de la despersonalización.

En conclusión, en base al análisis de los diferentes modelos expuestos anteriormente por los diferentes autores podemos deducir que el síndrome de desgaste profesional o Burnout es un proceso que engloba tres componentes:

- a) Baja realización personal, que se refiere a los sentimientos negativos que la persona le atribuye a su profesión, a su habilidad en el trabajo y la relación con las personas que atiende.
- b) Cansancio emocional, que significa desgaste de energía y consumo emocional de recursos.
- c) Despersonalización, la misma que separa a los trabajadores de otras personas, provocando irritabilidad y actitudes negativas.

Estos tres componentes no surgen al mismo tiempo, sino que el cansancio emocional y la baja realización personal crean un binomio que es el antecedente de la despersonalización (Gil-Monte, 2005) Así también, podemos evidenciar que existe un consenso de que el cansancio emocional puede considerarse como la piedra angular del síndrome. Pero también, se puede evidenciar que hay una falta de consenso sobre el mecanismo del desarrollo del síndrome, pero, pese a ello estos modelos son importantes en el suministro de un marco y comienzos de una comprensión teórica de la construcción del Burnout, que no estaba presente antes de la aparición del síndrome como un constructo psicológico.

1.4. Consecuencias del Burnout

Los síntomas del Burnout son multifacéticos y afecta de diferente manera a las personas, varía en cuanto a su intensidad afectando su vida cotidiana.

1.4.1. Consecuencias en la salud

El síndrome de Burnout tiene grandes consecuencias en la vida de los profesionales afectados entre ellos se puede observar la percepción alterada de sus capacidades y falta de habilidades para superar situaciones difíciles y durante muchos años la relación entre el burnout y la percepción de la disminución de sus facultades han dirigido a investigaciones y a estudios

científicos a afirmar que este síndrome está normalmente conectado a muchas condiciones, tanto físicas y mentales.

-) **Efectos a nivel físico:** el agotamiento se hace evidente con frecuentes dolores de cabeza y trastornos gastrointestinales, dificultad para conciliar el sueño, dificultad para respirar, fatiga, trastornos psicosomáticos, como úlceras, presión arterial baja, dolor de espalda, influencias, cambios en los hábitos alimenticios, pensamientos atormentados e intrusivos. A menudo, las personas dicen manifiestan estar cansadas, agotadas y se sienten incapaces de hacer frente a otro día, por lo que las soluciones que adoptan son generalmente los tranquilizantes, drogas, alcohol y sustancias que parecen aparentemente mejorar la situación, pero en realidad no hacen más que fomentar la enfermedad crónica (Maslach, Leiter, 2000).
-) **Efectos a nivel psicológico:** A parecen sentimientos de culpa, de fracaso, de pesimismo, de agresión, de apatía, existe también, aislamiento y rigidez de pensamiento, agitación, paranoia, así mismo se presentan sentimientos de desconfianza y una alteración total de estado de ánimo.
-) **Efectos a nivel conductual:** entre los efectos conductuales que presenta la persona afectada con burnout están, la falta de contacto con sus propias necesidades, las reacciones de comportamiento negativas hacia sí mismos, hacia los demás y hacia su trabajo, presentan absentismo, retrasos en el trabajo, procedimientos normalizados de trabajo a nivel de la falta de imaginación, luego llegan se desprenden emocionalmente de sus colegas, de su trabajo y de sus clientes.

1.4.2. Consecuencias en el trabajo

El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud está relacionado al entorno laboral en el que estos se desenvuelven así como también a los sentimientos de injusticia, de falta de equidad en las relaciones laborales, a la sobrecarga laboral, al soporte organizacional precario, a las relaciones conflictivas con los colegas, al trabajo por turnos o nocturnos, la alta presión en el trabajo, al conflicto con sus valores personales al tener que actuar profesionalmente contra estos principios, y a la ausencia de retorno o feedback en cuanto a los servicios prestados.

Una vez adquirido el síndrome el trabajador va perdiendo la capacidad de comprender a sus pacientes, las relaciones con sus compañeros de trabajo son cortadas, como si estuviera en contacto sólo con objetos, o sea, la relación se vuelve desprovista de calor humano, no tiene empatía, así mismo, el profesional va perdiendo su motivación por el trabajo. Y es justamente la pérdida del sentido laboral uno de los principales factores responsables de los innumerables

casos de absentismo laboral llevando al trabajador en muchos de los casos al abandono de su trabajo.

1.4.3. Consecuencias en la familia de los profesionales de la salud

Las consecuencias del síndrome de Burnout en las relaciones interpersonales, se relacionan a las actitudes y conductas de carácter negativo, adquiridas por los individuos, así como al agotamiento emocional. El aislamiento en el cual se hunde el profesional de salud puede desarrollarlo en todos los ámbitos de su vida cotidiana, generando este aislamiento hostilidad e incomunicación conduciendo así a un desgaste de las relaciones y a un incremento de los conflictos interpersonales.

Las consecuencias del síndrome de Burnout en las relaciones interpersonales no terminan cuando el profesional abandona el trabajo, al contrario, afectan a su vida privada, dado que las actitudes cínicas y de desprecio afectan a su familia y amigos con el pasar del tiempo. Todas estas circunstancias no favorecen en nada a la creación de un clima ideal para una apropiada vida familiar, el matrimonio se va deteriorado al pasar del tiempo, siendo este síndrome el causante de un gran número de divorcios dentro de este tipo de profesiones (Cooke & Rousseau, 1984).

El profesional se presenta de mal genio en casa, ansioso, preocupado, es incapaz de aislarse de los problemas laborales al llegar a casa y anhela estar solo, es un problema al que la familia se enfrenta el mismo que tiene que aprender a manejar, ya que los conflictos continuos pueden terminar en enfrentamientos matrimoniales y en la separación de la pareja.

1.5. Modelos explicativos del burnout.

La importante necesidad de comprender la etiología del síndrome de Burnout ha llevado a los investigadores a plantear diversos modelos teóricos los cuales buscan explicar el fenómeno. La mayoría de ellos se asientan en la idea de que el síndrome es secuencial y comprenden el agotamiento como una respuesta al estrés laboral crónico. Aunque los primeros modelos explicativos aparecen a partir de la teoría psicoanalítica, las principales teorías explicativas del burnout provienen de la psicología social y la psicología de las organizaciones.

1.5.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

Estos modelos ponen énfasis en los factores cognitivos para poder entender el síndrome de desgaste profesional. Además, explican el desarrollo del Burnout por medio de variables relacionadas con el "Yo", tales como la autoeficiencia, autoconfianza, autoconcepto, entre otras. Para ello se apoyan en las aportaciones de Lazarus & Folkman (1986) y en los planteamientos de Bandura (1977;1982).

1.5.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

Para Harrison (1983) los factores que mejor explican el síndrome de Burnout son la competencia y la eficacia percibida. De acuerdo con este modelo, en un inicio la motivación predetermina la efectividad del sujeto en el logro de los objetivos de trabajo, por lo tanto, cuanto mayor sea la motivación, mayor será la eficiencia laboral.

A partir de este modelo, se asume que la mayor parte de las personas que inician a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivadas, siendo las circunstancias de su contexto laboral las que modularán esta motivación primaria.

En este sentido, interpretando lo que este autor manifiesta determinaríamos que aquellas circunstancias que facilitan la actividad del sujeto (factores de ayuda) la aumentarán, mientras que aquellas que la dificulten (factores barrera) la reducirán. Los sentimientos de competencia y la eficacia percibida serán unos de los factores más importantes asociados al síndrome de Burnout, indicando que la eficacia en la obtención de los objetivos laborales va a estar determinada por la motivación que el individuo posea, es decir, a mayor motivación mayor eficacia laboral. Por ende, cuando un sujeto se encuentra en su entorno laboral con factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, debido a que el sujeto no termina de alcanzar sus objetivos afectando de esta manera la confianza de conseguirlos. Cuando esta situación se prolonga a lo largo del tiempo, aparece el síndrome de burnout.

1.5.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

El modelo de Cherniss (1993) trata de explicar las relaciones entre la realización laboral, los sentimientos subjetivos de éxito o fracaso percibido por el sujeto después de la realización del trabajo y las consecuencias que se originan de la autoestima, motivación, satisfacción y participación laboral. Según Cherniss, en el desarrollo del síndrome de desgaste profesional, las actitudes y las formas de actuar de las personas cambian negativamente a causa de los estresores laborales. Para explicar su planteamiento se basa en la teoría de "autoeficacia percibida" de Bandura (1989), la misma que hace referencia a las creencias que las personas tienen acerca de sus habilidades para poder desarrollar una acción, así como para poder afrontarse a situaciones adversas.

Según este modelo cuando las personas cumplen con sus objetivos personales y experimentan sentimientos de éxito incrementan los sentimientos de autoeficacia, pero, por el contrario, si estas personas llegaran a fracasar en el cumplimiento de sus objetivos experimentarían frustración, lo que puede dar lugar al desarrollo del síndrome de burnout.

1.5.1.3. Modelo de Pines.

Para Pines (1982, 1993) el "Burnout" es la incapacidad de encontrar un significado existencial al trabajo". Esta autora presenta un enfoque motivacional. Según ella, el trabajo representa para las personas una búsqueda existencial y en caso de fracasar, el burnout se hará presente.

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. Mientras más implicada este una persona a su profesión, más grande es la probabilidad de que sea víctima de burnout si las condiciones de trabajo son desfavorables.

De acuerdo a este modelo el Burnout es la consecuencia de un proceso de desilusión, un error en la búsqueda de un sentido existencial en individuos con gran motivación, por lo que sólo los individuos que pretendan asignarle un sentido existencial a su trabajo llegarán a sufrir el síndrome.

1.5.1.4. *Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.*

El modelo de Thompson, Page & Cooper (1993) se basa en el modelo de autocontrol de Carver, Scheier & Weintraub (1989) para explicar el estrés. Sobre la base de este modelo determinaron el origen del Burnout en los siguientes factores: grado de autoconciencia, diferencias entre las demandas de las tareas y los recursos del sujeto, las expectativas de éxito y los sentimientos de confianza en sí mismo.

La variable de autoconciencia se conceptualiza como la capacidad de autorregular los niveles de estrés encontrados durante la ejecución de una tarea. La discrepancia entre las exigencias del trabajo y los recursos del sujeto puede intensificar el nivel de autoconciencia que afecta negativamente el estado de ánimo del sujeto, lo que resultará en una falta de confianza para solucionar aquellas divergencias y los reducidos sentimientos de logro personal en la actividad laboral.

Esos autores señalan que los altos niveles de autoconciencia aumentan la desilusión y la frustración. Y la predisposición a expectativas optimistas de éxito pueden aumentar la confianza de los sujetos.

1.5.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.

Estos modelos consideran que el Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad y en la búsqueda de la conservación de recursos ante las demandas laborales. De esta teoría se han elaborado varios modelos entre ellos:

1.5.2.1. *Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli.*

El modelo de intercambio social de Buunk & Schaufeli explica el origen del Burnout para los profesionales de enfermería a partir de una doble etiología: emocional y aptitudinal. En los procesos de intercambio social con los pacientes se identifican tres variables estresantes: incertidumbre, percepción de equidad y falta de control.

Estos autores consideran que la enfermería es un trabajo que produce cierta incertidumbre y las expectativas de recompensa y equidad son normalmente frustradas (Cummings, Hayduk & Estabrooks, 2005; Segura, Ferrer, Palma, Ger, Doménech, Gutiérrez, & Cebriá, 2006). Según estos autores, las enfermeras que experimentan estrés no buscan el apoyo social de sus compañeros por temor a ser criticadas. También mencionan que el proceso de afiliación social conduciría a situaciones de difusión del síndrome.

1.5.2.2. *Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy 1983.*

Para Hobfoll & Freedy (1993) el agotamiento aparece en el momento que la motivación básica de los sujetos se encuentra amenazada o frustrada. Los estresores ocupacionales amenazan los recursos de los sujetos, lo que lleva a la inseguridad en cuanto a sus habilidades y por ende a la aparición de Burnout

Según este modelo los individuos lucharían constantemente para resguardarse de la pérdida de recursos, considerando que es fundamental mantener al menos unos recursos mínimos que obtener recursos extras. A causa de lo anterior la pérdida de recursos tendrá un mayor peso para el desarrollo del síndrome de Burnout en comparación con el esfuerzo para conseguir nuevos recursos. Es importante mencionar que un aspecto significativo a tener en cuenta es el incremento de recursos ya que ayuda a reducir las probabilidades de pérdida.

Este modelo contribuye a entender la aparición del síndrome indicando que el tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los profesionales para hacer frente al estrés laboral jugaría un papel en la aparición del burnout. Para prevenir la aparición de dicho síndrome en los trabajadores, se tendría que dar mayor importancia a la adquisición de recursos con los cuales los individuos puedan funcionar eficientemente en el trabajo y, en menor medida se tendría que cambiar las percepciones y cogniciones de estas personas. Cabe señalar que este modelo es un aporte importante para explicar esta patología ya que permite conocer cómo ocurre el proceso de transición entre el estrés crónico y el Burnout.

1.5.3. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

Estos modelos se caracterizan por poner énfasis en los estresores laborales de la organización y en las estrategias que las personas emplean para hacer frente a la experiencia de sentirse

quemado en el trabajo. Estos modelos en su totalidad califican al síndrome de Burnout como el resultado del estrés laboral.

1.5.3.1. *Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.*

El modelo de Golembiewski, Munzenrider & Carter (1983) concibe el agotamiento basado en tres dimensiones: la despersonalización, la baja realización profesional y el agotamiento emocional. El estrés concerniente con el trabajo se crea básicamente por una sobrecarga de trabajo y pobreza. En estas situaciones, el sujeto siente un desgaste de autonomía y control, una autoimagen estropeada y sentimientos de irritabilidad y fatiga. Es decir, propone que el Burnout se presenta como un proceso, el mismo que inicia en el momento en que el sujeto va perdiendo el compromiso que inicialmente mantenía con su trabajo como respuesta al estrés. Las exposiciones continuas a estos estresores conducen al individuo a desarrollar actitudes de despersonalización esta es la primera fase de Burnout, la misma que continua con una baja realización profesional segundo estado del Burnout y finalmente llega un estado de cansancio emocional, que lleva a las personas a perder el total interés por su trabajo.

Es importante mencionar que este modelo atribuye un papel significativo a las variables cognitivas de las personas para poder entender el síndrome.

1.5.3.2. *El modelo de Winnubst.*

Este modelo se centra en la relación entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional y apoyo social. El síndrome de Burnout se debe a la confrontación continua con otros, causando disfunciones en el papel y los conflictos interpersonales. El modelo de Winnubst (1993) no adopta la conceptualización prevalente de Maslach & Jackson (1981) sobre el carácter tridimensional del síndrome de Burnout, más bien se basa en el enfoque formulado por Pines & Aronson (1988), según el cual el Burnout comprende una sensación de agotamiento físico, emocional y mental como resultado del estrés emocional crónico causado por el estrés laboral. Para Winnubst (1996), el síndrome puede ocurrir en cualquier profesión y no exclusivamente en las profesiones de servicios humanos. Según el mismo autor, la estructura de la organización es un elemento central en la cultura y la formación del clima laboral. En cuanto al apoyo social, este también está conectado con la percepción que se tiene de la estructura de la organización, ya que es considerado una variable central para cualquier propuesta de intervención con respecto al burnout.

1.5.3.3. *Modelo de Cox, Kuk y Leiter.*

El modelo de Cox, Kuky & Leiter (1993) enfatiza la importancia de la salud de la organización (existencia de respuestas de afrontamiento adecuadas, apoyo social) como elemento preventivo del burnout).

Este modelo considera el agotamiento como un suceso particular dentro del estrés ocupacional, que ocurre concretamente en los profesionales del servicio humano y en situaciones en las que las estrategias de afrontamiento no son efectivas. Para estos autores, el agotamiento emocional está relacionado con "sentirse agotado". La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de bajo rendimiento personal están conectados con la evaluación cognitiva que realiza el sujeto con respecto al nivel de estrés que experimenta.

1.6. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.

Como hemos venido mencionando el Burnout o síndrome de quemarse en el trabajo no surge de manera repentina, si no que va surgiendo de manera progresiva, por lo cual a continuación se mencionaran algunos autores con sus respectivas teorías que tratan de explicar todo este proceso.

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

Maslach & Jackson (1982) consideran tres fases del síndrome: la primera de cansancio emocional, la segunda de despersonalización y la tercera de abandono de la realización personal. El cansancio emocional aparece después de haber procurado cambiar las situaciones estresantes.

Las autoras consideran que la despersonalización es el núcleo del Burnout. La despersonalización es la consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. El abandono de la realización personal llega cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. Esta situación es resultado del fracaso frente a los intentos previos realizados para modificar factores personales e institucionales (Zaldúa y Lodieu, 2000, p.158)

Es así que, en base a este modelo tridimensional se crea para la evaluación psicométrica del síndrome de quemarse en el trabajo el único cuestionario que mide estos tres factores el (MBI- HSS) el mismo que se introdujo a principios de los años 80 (Maslach & Jackson, 1981). Se publicó la segunda edición del manual de pruebas cinco años después (Maslach & Jackson, 1986), y recientemente la tercera edición. Hasta la fecha, el MBI es casi universalmente utilizado para medir el burnout, esta medida fue diseñada para su uso con las personas que trabajan en

los servicios humanos y cuidado de la salud. Se compone de 22 ítems que se dividen en tres dimensiones que evalúan aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales de la psique. A pesar de que estas dimensiones son la derivación de un proceso inductivo fruto del análisis factorial de los ítems que conforman el cuestionario, en base a este instrumento se ha determinado la definición del síndrome y de sus síntomas.

En cuanto a la administración del instrumento, el MBI tarda unos 10 a 15 minutos en completarse y la sesión de pruebas deberá caracterizarse por la privacidad de los encuestados, confidencialidad de los mismos y sensibilización del afectado. Se puede realizar individualmente o en una sesión grupal en el que se garantiza la privacidad.

Las calificaciones del MBI pueden correlacionarse con otra información obtenida del entrevistado, como datos demográficos, características del trabajo, desempeño en el trabajo, medidas de personalidad o actitud e información de salud. Los factores que mejor predicen los puntajes MBI pueden ser evaluados por técnicas de regresión múltiple.

Y aunque el MBI es ampliamente utilizado tiene ciertas debilidades como problemas en el alcance conceptual, reducida claridad en la definición de los síntomas, confusa composición gramatical de las traducciones, escaso dominio público del instrumento, problemas en el alcance conceptual del agotamiento emocional, ambigüedad factorial de algunos ítems.

En resumen, el MBI ha tenido amplia aceptación dentro de la medición del síndrome de Burnout, adquiriendo apoyo empírico en numerosas muestras de diversas naturalezas en lo referente a características laborales. Desde este enfoque el MBI es la herramienta que más ha ayudado a la definición de esta patología, obteniendo valores aceptables respecto de su validez. Pero a pesar de ello, esta herramienta no ha estado exonerada de problemas psicométricos, lo que ha imposibilitado su consolidación futura, presentando algunas debilidades, principalmente fuera del entorno anglosajón.

1.6.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

Según el modelo de Edelwich & Brodsky (1980) el desarrollo del síndrome de quemarse en el trabajo engloba cuatro etapas:

1. Ilusión. El empleado comienza su carrera con entusiasmo. Una vez que ha entrado en el ámbito profesional tiene objetivos demasiado altos y expectativas a menudo poco realistas. En esta etapa el empleado invierte excesivamente en su trabajo, dedicando su tiempo y entusiasmo, mientras que también invierte una gran cantidad de energía en el desarrollo de relaciones con los pacientes. Sin embargo, encuentra que el trabajo que él

produce no satisface sus expectativas y se va decepcionando a lo largo del tiempo. Luego pasa a la segunda etapa.

2. Estancamiento. El trabajo cotidiano desmiente las expectativas del trabajador, por lo que no cumplen con las necesidades de su trabajo. La persona se culpa por fracaso e intenta invertir más en su profesión, pero sin resultados positivos. Así, gradualmente desmitifica su trabajo, sin haber aún revisado sus expectativas (Edelwich & Brodsky, 1980).
3. Frustración. El empleado ve sus esfuerzos a través del trabajo frustrado el cual lo conduce al desánimo y a la frustración. Para escapar de ese callejón se tendrá que revisar las expectativas eventualmente o ser removido del área de trabajo (la fuente de ese estrés).
4. Apatía, el empleado evita cualquier responsabilidad hacia otros, mientras que intenta luchar contra la decepción y la frustración que causan su profesión. Esencialmente sigue trabajando por razones financieras, mientras invierte poca energía en sus deberes e ignora las necesidades de sus clientes, para cubrir la inadecuación que siente hacia ellos (Edelwich & Brodsky, 1980).

Como podemos evidenciar este modelo se diferencia de los demás por calificar al síndrome como un proceso de desilusión o de desencanto hacia al trabajo, y también se caracteriza por ser de naturaleza cíclica, es decir se puede reiterar en diferentes momentos en la vida laboral de un individuo, en el mismo trabajo o en uno diferente.

1.6.3. Modelo de Price y Murphy.

Para estos autores el síndrome de quemarse en el trabajo es el resultado de un proceso para adaptarse a las situaciones de estrés laboral. Price & Murphy (1984) citado por Gil Monte & Moreno Jiménez (2007) publican un modelo en el que los sentimientos de culpa, son una variable importante para entender el deterioro psicológico en el que deriva el Burnout. Según los autores atravesarían seis fases:

1. La primera es una fase de desorientación donde aparecen sentimientos de fallo profesional.
2. La segunda fase se caracteriza por la inestabilidad emocional.
3. La tercera fase consiste en la aparición de sentimientos de culpa debido al fracaso profesional.
4. La cuarta fase, se caracteriza por la tristeza, que si se supera puede desembocar en un
5. pedido de ayuda y
6. el restablecimiento del equilibrio inicial con el que se inició la profesión.

1.7. Modelo de la teoría estructural modelo de Gil Monte.

Los modelos de la Teoría Estructural toman en consideración los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para determinar las causas del síndrome de Burnout.

El modelo de Gil-Monte define el Burnout como una respuesta de estrés laboral crónico que resulta de las dificultades interpersonales (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). El cual se caracteriza por el deterioro cognitivo (pérdida de entusiasmo por el trabajo) emocional (agotamiento emocional) y de comportamiento (indiferencia, la pereza) (Gil-Monte, 2005).

Para este modelo las cogniciones de las personas intervienen en sus formas de pensar y actuar, encontrándose las cogniciones al mismo tiempo modificadas por los efectos de las conductas y por el conjunto de consecuencias observadas. A causa de lo anterior el autoconcepto de las personas determinará el esfuerzo y el empeño de las personas para lograr sus objetivos como también sus reacciones emocionales.

En base a estos planteamientos, Gil-Monte y Peiró determinan que el síndrome de Burnout tiene una forma tridimensional, ya que en un primer momento los individuos experimentarían una falta de realización personal y el acrecentamiento del agotamiento emocional, después de todo esto surgiría la despersonalización la cual emplearan como estrategia de afrontamiento (Martínez, 2010).

1.8. Prevalencia del Burnout en profesionales de la salud

Las profesiones de salud son una población altamente afectada por el síndrome de Burnout, esto debido a las características de su entorno laboral. La prevalencia de este síndrome, en la población de salud, varía ampliamente, esto dependerá, entre otros factores, del instrumento que se utilice, de los criterios de diagnóstico, de la especialidad del profesional y aunque la información disponible en cuanto a la prevalencia de este síndrome es fragmentada, y no exista aún algún estudio epidemiológico que permita apreciar el porcentaje de población real que la padece, si se han efectuado algunos estudios que han aportado datos que demuestran que las profesiones de salud son altamente afectadas por el síndrome de Burnout.

Ortega, Ortiz & Coronel (2007), realizaron un estudio descriptivo, transversal y correlacional en una población de 119 profesionales de la salud de los diferentes servicios y turnos de un Centro Estatal de Cancerología de México. Sus resultados demostraron que el 36% padecían Burnout (nivel medio – alto) siendo los enfermeros los más afectados, en comparación con los médicos. Además, concluyeron que los sujetos de sexo femenino mostraron mayor nivel de burnout que los de sexo masculino. Así también en Francia, aproximadamente un tercio de 2.497 enfermeros y la mitad de 878 médicos intensivistas reportaron altos niveles de burnout. La despersonalización se detectó en alrededor del 37% de intensivistas. En enfermeras, el Burnout severo se asoció con una edad avanzada más factores conflictivos, conflicto con los pacientes, relaciones con enfermeras y médicos, y el cuidado de un paciente moribundo (Poncet, Toullic, Papazian, Kentish-Barnes, Timsit, Pochard, 2007). Otro estudio francés demostró que más del

50% de las enfermeras e intensivistas deseaban dejar sus trabajos (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, & Azoulay 2007).

Leda, Chavez & Morante, (2007), citado por Gil Monte & Moreno Jiménez, (2007), por su parte llevaron a cabo un estudio de prevalencia, realizado con una muestra 557 profesionales de enfermería pertenecientes a Hospitales Públicos de tercer nivel del Estado de México, los resultados demostraron que, la totalidad de los sujetos se agruparon en los niveles medios y altos del síndrome, y dentro de las variables influyentes de la aparición del síndrome, pudieron encontrar múltiples factores, como el tedio, las características de las tareas que se constituyeron en los principales predictores. En otro estudio Marucco, Gil Monte & Flamneco, (2007-2008), se propusieron determinar la prevalencia de síndrome de quemarse en el trabajo en pediatras de los Hospitales de la Región Sanitaria VI del conurbano bonaerense. La muestra utilizada por los autores fue de tipo aleatoria con un número de 123 pediatras, todos de planta estable. Hallaron que la prevalencia del síndrome, en los pediatras era del 3,25%.

Estudios realizados en la ciudad de Sao Brasil sobre la prevalencia del síndrome de Burnout, ha estimado un 24%, (da Silva & Menezes 2008). Los niveles moderados o altos de agotamiento, despersonalización y reducción del logro personal en 71, 35 y 47,5% respectivamente. Otro estudio brasileño de Moreira, Magnago, Sakae, & Magajewski (2009) realizado en 151 enfermeras del hospital Tubaráo en Santa Catarina mostró que el 35,7% de los entrevistados sufrían de agotamiento, las salas de hospitales o áreas con la mayor proporción de personal con burnout fueron los sectores hospitalarios agrupados (42,6%), la unidad de cuidados intensivos (25,9%), y la unidad neonatal de cuidados intensivos (18,5%).

En conclusión, a pesar de que el síndrome de desgaste profesional puede darse en diferentes profesiones, son las profesiones relacionadas con la salud las que presentan una alta vulnerabilidad a esta patología, dado que son profesionales en los que incurren diferentes estresores laborales. Además, su alta prevalencia se debe también quizá a que las personas dedicadas a estos trabajos no sólo buscan un modo de subsistencia, sino que con su labor pretenden cambiar la realidad que les rodea y quizá esto les influya en la discrepancia entre sus expectativas de lo que pensaban lograr y una realidad que les limita significativamente. Desde el punto de vista personal a esta patología se la debe considerar cómo prevalente en este tipo de profesiones, ya que los cuales tienen riesgo de padecer una serie de problemas de salud tanto físicos como psicológicos y laborales.

1.9. Importancia del estudio del Burnout

El Burnout es considerado en la actualidad como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes dado que es un proceso que surge como consecuencia del estrés

laboral crónico en el cual se combinan variables de carácter individual, social y organizacional y que acarrea connotaciones afectivas negativas que afecta a los trabajadores en distintos niveles (personal, social y laboral).

La práctica profesional se ha ido transformado a lo largo del tiempo debido a diferentes factores entre ellos se incluyen los avances en la tecnología y las nuevas formas de trabajo. Todo esto ha provocado la generación de nuevos desafíos para el desempeño laboral que facilitan el desarrollo del síndrome de desgaste profesional.

Aunque en la actualidad se reconoce que el síndrome de Burnout puede darse en cualquier profesión, existen profesiones con índices mayores de vulnerabilidad para adquirir dicho síndrome y las consecuencias que puede acarrear afectan tanto a la persona como a la organización en la que se labora. Es así, que la importancia de estudiar el síndrome de desgaste profesional, radica en la necesidad de estudiar las causas del estrés laboral, así como por el interés de las organizaciones de ofrecer mayor satisfacción laboral a sus empleados. Hoy en día es imprescindible tomar en cuenta las condiciones de bienestar y salud laboral cuando se evalúa la eficiencia de la organización, dado que la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que se lleva tiene consecuencias sobre la organización, además el estudio del síndrome de burnout en profesionales de la salud es importante porque afecta no solo a la calidad de vida y salud mental del profesional que lo padece, sino que también en muchas de las ocasiones, se pone en riesgo la salud de los pacientes. (Gutierrez Aceves, 2006).

Es así, que queda evidenciada la importancia que se le debe brindar al síndrome de desgaste emocional en el personal de la salud, siendo éste elevado en un buen número considerable de profesionales médicos, probablemente a causa de las propias características del entorno laboral y social a las que se ven obligados a soportar, lo que conlleva con el pasar del tiempo a padecer cansancio psicológico y desmotivación, provocando consecuencias negativas en dichas personas, para sus familias, para los pacientes y también para el sistema de salud

De alguna manera, todo lo mencionado anteriormente a manera de conclusión sugiere la importancia del estudio de este síndrome para prevenir y mejorar la salud de los trabajadores y además porque la existencia de este fenómeno sobre los profesionales de la salud conlleva también repercusiones sobre la sociedad en general.

1.10. Variables asociadas al burnout.

La insatisfacción laboral y el desgaste profesional en el personal de salud son fenómenos que cada día angustian más a los responsables de los servicios sanitarios por su gran incidencia. En forma general, el síndrome de estar quemado se origina con la interacción del contexto laboral y

las variables individuales. El contexto laboral es uno de los desencadenantes de los síntomas de este fenómeno y determina su progreso. El síndrome de Burnout manifiesta también las complicadas interacciones entre el individuo en sí y el ambiente institucional. Por lo tanto, es importante conocer las diferencias individuales de los profesionales, así como también es importante saber cuáles son las condiciones laborales y los conflictos de funcionamiento de la organización para la que trabajan.

1.10.1. Variables individuales.

Diversos estudios han analizado la relación existente entre el Burnout y ciertas características individuales de las personas como por ejemplo la edad, el género, estado civil, entre otras. A continuación, se explicarán algunas de ellas.

Edad y burnout. Existe una relación negativa entre la edad de las personas y el Burnout la cual se comprende cuando se toma en cuenta que los trabajadores más jóvenes inician su carrera laboral con altas expectativas e ilusiones y, al mismo tiempo, tienen menos años de experiencia en el trabajo a diferencia de los trabajadores veteranos. Existe una relación entre los mayores años de ejercicio profesional y el cansancio emocional y despersonalización. Así mismo, se ha corroborado que el estar estable en un trabajo aumenta el grado de satisfacción personal (Manzano, 1998).

Educación, estado civil y Burnout. Según Manzano (1998), el grado de educación se relaciona con mayor frecuencia al cansancio emocional, en cuanto al estado civil menciona que los casados o personas con pareja estable presentan un menor grado de burnout que los solteros, viudos y divorciados.

También indica que las personas con hijos parecen ser más resistentes ante el síndrome de Burnout debido a la importancia que la familia tiene para el sujeto, esto hace que las personas tengan mayor capacidad para enfrentar los problemas. Ante estas afirmaciones hay mucha polémica, Manzano (1998) objeta que antes bien a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional.

Ocio y el Burnout. Los investigadores Silva, Vega & Pérez (1999) afirman que entre los momentos de ocio diario y el burnout existe una relación. Los trabajadores que tienen más horas de ocio presentan menores niveles de burnout que los que tienen menos horas de descanso.

El Sexo y el Burnout. En cuanto al sexo se señala que las mujeres son más propensas a padecer desgaste profesional que los hombres, así también las mujeres están más susceptibles que los hombres a padecer enfermedades relacionadas con el estrés que los hombres. Investigaciones realizadas demuestran que las mujeres piensan más a menudo en dejar su

trabajo que los hombres, todo esto puede ser resultado de escalas salariales desiguales y el fracaso de las organizaciones para adoptar políticas sensibles a las cuestiones familiares. A medida que más mujeres ingresan a la fuerza de trabajo, los efectos sobre su salud son cada vez más evidentes. Puede ser que las diferencias pasadas entre los hombres y las mujeres sean el resultado de su experiencia en la fuerza laboral y no estén relacionadas con el género per se.

1.10.2. Variables sociales.

En cuanto al apoyo social podemos mencionar que este es importante porque ejerce funciones sociales que ayudan a reducir el impacto de los estresores laborales. Las variables sociales se dividen en variables sociales extra-laborales y variables sociales sociolaborales para explicar su influencia en el desarrollo del Burnout.

a) Variables sociales extra- laborales

Al hablar de variables sociales extra-laborales se hace referencia a las relaciones familiares y a amigos. Diferentes estudios del síndrome de Burnout hacen énfasis en la importancia del apoyo de estas variables, dado que permiten al individuo sentirse amado, apreciado y amparado.

Igualmente se ha estudiado que un apoyo social bajo, en conjunto con altas demandas laborales llega a acarrear problemas en la salud del trabajador.

En conclusión, el apoyo social es un factor importante para prevenir la aparición de trastornos físicos y mentales; porque éste fomenta la salud y protege a los individuos de los estresores que se presentan a lo largo de la vida.

b) Variables sociolaborales

Las relaciones interpersonales en el trabajo, que son percibidas negativamente pueden ser fuentes considerables de estrés. Entre los factores estudiados en este ámbito tenemos la densidad social en el lugar de trabajo y la calidad de las relaciones laborales.

Se indica que cuando la densidad de personas en el área de trabajo es grande puede conllevar a la insatisfacción laboral y a la reducción de la comunicación. Así mismo, cuando las relaciones están deterioradas por falta de confianza y apoyo, cuando existen demasiados conflictos, falta de cohesión en el grupo, falta de colaboración entre compañeros, cuando existe alto grado de competitividad el efecto estresor de otros estímulos laborales son mucho más poderosos.

También existen otros tipos de relaciones bilaterales que pueden generar estrés, cuando se tienen subordinados y, principalmente, si se intenta combinar un liderazgo participativo con altas exigencias de producción; cuando se delega autoridad y la responsabilidad es compartida; y

cuando se mezcla el mantenimiento de autoridad y el miedo a perderla. Algunas relaciones con clientes, pacientes o proveedores pueden ser estresantes por sus características generales; pero también las malas relaciones o mala comunicación en casos específicos.

1.10.3. Variables organizacionales

Existen estudios que relacionan la existencia del Burnout con ciertos factores organizacionales, entre ellos tenemos:

Sobrecarga laboral. Los investigadores han encontrado altos niveles de estrés entre individuos que tienen una carga de trabajo excesiva es decir tienen largas horas de trabajo o son impredecibles, tienen demasiadas responsabilidades, trabajar a un ritmo demasiado rápido, todo ello ocasiona que el individuo experimente menor satisfacción laboral, así también la sobrecarga laboral deja poca ocasión o energía para la comunicación y el apoyo de otros empleados o para buscar oportunidades de crecimiento personal y profesional.

Conflicto y Ambigüedad de Roles. A pesar de que el conflicto de roles y la ambigüedad pueden ocurrir de forma independiente, ambos se refieren a la incertidumbre acerca de lo que se espera hacer en el trabajo. El conflicto de rol se puede definir como la ocurrencia simultánea de dos o más presiones es decir el cumplimiento de una actividad hace imposible el cumplimiento de la otra.

Los conflictos de roles más frecuentes son los que se encuentran entre los valores del individuo y los de la organización, el conflicto entre las demandas del lugar de trabajo y las del trabajador en su vida personal y por último el conflicto entre las habilidades de los trabajadores y las esperanzas de trascender. En numerosos estudios, el conflicto de roles se ha asociado con frustración, menor confianza y respeto, baja confianza en la organización, problemas de moral y altos grados de estrés. La ambigüedad del rol puede ser definida como una falta de claridad sobre el trabajo, es decir, una discrepancia entre la información disponible para el empleado y lo que se requiere para el desempeño exitoso en el trabajo.

Malas relaciones Interpersonales. Las malas relaciones interpersonales son también una fuente común de estrés en las organizaciones. Arnold & Feldman (1986) citan tres tipos de relaciones interpersonales que pueden evocar una reacción de estrés: 1) demasiado contacto prolongado con otras personas, 2) contacto excesivo con personas de otros departamentos y 3) clima organizacional hostil.

Tras el análisis de toda la información expuesta, podemos constatar, el acuerdo que existe entre los diferentes investigadores en considerar tanto los factores individuales como organizacionales al momento de analizar las variables que pueden predisponer al desarrollo de la patología.

Entonces es importante, examinar estos factores para saber cuál es la situación del empleado y comprender lo que le sucede y a que motivo se debe. De esta manera se podrá discernir, cambiar y tratar aquello que le afecta negativamente. Entonces para llegar a un diagnóstico del síndrome se deberá estudiar diferentes factores del trabajador, como por ejemplo, los rasgos de personalidad del mismo, su forma de vida y estilos de funcionamiento, las características de la institución, en especial, los factores de riesgo psicosocial ya que solo se pondrá entender esta patología mediante el estudio de estas diferentes variables, dado que ninguna ha sido claramente identificada como un factor de riesgo único y todas influyen el bienestar de los trabajadores

CAPITULO II
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos.

-) Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras de dos instituciones públicas ubicadas en dos cantones del sur de la provincia de Loja, durante el año 2017, debido a que este síndrome ha demostrado tener graves consecuencias tanto para la salud de los trabajadores como para la organización.

2.2. Objetivos específicos.

-) Identificar las características sociodemográficas de la población estudiada.
-) Cuantificar los casos de síndrome de Burnout que poseen las instituciones investigadas.
-) Identificar las estrategias de afrontamiento que la muestra de estudio emplea para hacer frente a sus problemas.
-) Conocer la densidad de apoyo social, instrumental y afectivo con el que cuenta la población estudiada.
-) Determinar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud y enfermería.

2.3. Preguntas de investigación.

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la muestra estudiada?

¿Cuántos casos de síndrome de Burnout existen en el personal sanitario dentro de las instituciones donde se realizó la investigación?

¿Qué estrategia de afrontamiento es la que en mayor medida emplea la muestra de estudio para enfrentar sus problemas?

¿Qué tipo de apoyo es el que en mayor medida recibe la muestra estudiada?

¿Cuál es el rasgo de personalidad que prevalece en la muestra investigada?

2.4. Contexto de la investigación.

La presente investigación se llevó a cabo con una muestra de estudio de 40 profesionales de la salud los cuales laboran en dos instituciones de salud públicas que se encuentran ubicadas en dos cantones del Sur de la provincia de Loja.

Los centros de salud investigados pertenecen al sector público y ofrecen servicios de atención primaria de salud integral, culturalmente competentes y de alta calidad. Estos centros de salud integran el acceso a servicios de farmacia, hospitalización, medicina general, ginecología, laboratorio clínico, odontología en áreas donde las barreras económicas y geográficas limitan el

acceso a servicios de atención médica asequibles, así mismo, cuentan con amplia estructura para brindar atención a las personas y familias más vulnerables, incluidas personas sin hogar, trabajadores agrícolas, personas con capacidades especiales y personas adultas mayores.

2.4.1. Misiones de los Centros de salud.

En cuanto a la misión de los centros de salud el primer distrito tiene como misión el brindar servicios de salud de alta calidad y desarrollar programas que previenen, promueven y brindan atención médica a la población, así busca mejorar la vida y preservar la salud de estas personas. Por otra parte, el segundo distrito de salud investigado tiene como misión mejorar la salud y el bienestar de las comunidades trabajando para crear un sistema sin restricciones de acceso a la atención médica primaria y preventiva, culturalmente sensible y resultante en una población más saludable.

2.4.2. Visiones de los Centros de Salud.

En cuanto a la visión de los centros de salud, el primero se propone liderar la evolución de la atención médica para permitir que cada miembro de las comunidades a las que atiende pueda disfrutar de una vida mejor y más saludable. Así mismo, el otro centro de salud investigado tiene como visión mejorar cada día los servicios brindados para que las personas tengan acceso a servicios básicos de salud de calidad, independientemente de sus ingresos, etnia o circunstancias sociales.

2.5. Diseño de investigación.

Las entrevistas con el personal de salud se realizaron personalmente, solicitando a cada uno de ellos unos minutos de su tiempo para la administración de los diferentes instrumentos psicológicos.

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, el mismo que se llevó a cabo para determinar la naturaleza del problema, con este tipo de investigación no se pretende proporcionar evidencia concluyente, pero nos ayuda a tener una mejor comprensión del problema.

El diseño de la investigación presentó las siguientes características:

-) **Cuantitativa**, los datos se suministran en un formato numérico, y se pueden analizar de forma cuantificable mediante métodos estadísticos.
-) **No experimental**, la presente investigación se desarrolló en un ambiente natural en el cual no se realizó la manipulación de las variables.

- J) **Transaccional (transversal)**, dado que en este estudio se comparan diversas variables diferentes al mismo tiempo, por ejemplo, edad, sexo, estado civil.
- J) **Descriptivo** este diseño se empleó para recolectar datos del síndrome de burnout, sus características, y el comportamiento de la muestra de estudio.
- J) **Exploratorio**, se investigó diferentes fuentes, como datos secundarios publicados, datos de otras encuestas, observación de artículos de investigación, correlacional en este estudio se determinó si existe o no relación entre las diferentes variables.

2.6. Muestra.

La población objeto de estudio corresponde al personal sanitario que laboran en dos centros de salud pública ubicados en dos cantones del Sur de la provincia de Loja.

La muestra estuvo compuesta por 40 profesionales de la salud (24 médicos y 16 enfermeras), que varían en diferentes aspectos como estado civil, edad, años de experiencia profesional, entre otros. Además, los participantes cumplieron con los criterios para ser incluidos dentro del estudio, fueron contactados directamente e invitados a participar del proyecto de investigación.

2.7. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: profesionales médicos y de enfermería de planta o contratados, dar su consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Ser médicos o enfermeros residentes, no firmar el consentimiento informado.

2.8. Procedimiento.

Para el desarrollo de la presente investigación en un primer momento se inició con la redacción de la solicitud para pedir permiso a los directivos de las instituciones de salud para recolectar datos de su organización. Una vez elaborado dicho documento se realizó el acercamiento con los directivos de las instituciones y se les entregó la solicitud. Luego de ser aceptados y autorizados por la institución se procedió a planificar entrevistas personales con cada uno de los médicos y enfermeras, se les explicó los motivos de la investigación así mismo se les manifestó que su participación era voluntaria y los resultados obtenidos en las diferentes baterías aplicadas serían de carácter anónimo y confidenciales. Después de realizar la explicación de los fines y procedimientos de la investigación y una vez obtenido el consentimiento de los profesionales se les pidió firmar el consentimiento informado y seguidamente se les entregó los cuestionarios para que sean respondidos, el tiempo empleado para la contestación de los mismos fue de 25 a 45 minutos.

Al terminar este proceso se procedió a realizar el ingreso de los datos obtenidos en tablas estadísticas para su respectivo análisis e interpretación.

2.9. Instrumentos.

Para la recolección de información se emplearon seis instrumentos psicológicos, con los cuales se buscó responder a los objetivos planteados al inicio de la investigación.

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

Este cuestionario se lo utiliza para recabar información sociodemográfica (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

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

El inventario MBI es el más utilizado para medir el cansancio laboral y aborda tres escalas generales:

El agotamiento emocional mide los sentimientos de estar emocionalmente sobre extendidos y agotados por el propio trabajo;

La despersonalización mide una respuesta insensible e impersonal hacia los receptores del servicio propio, el tratamiento de atención o la instrucción;

La realización profesional mide los sentimientos de competencia y el logro exitoso en el trabajo que una realiza.

Este cuestionario está compuesto de 22 preguntas: 9 corresponden al agotamiento emocional, 5 a despersonalización y 8 a la pérdida de realización profesional.

Las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y las puntuaciones bajas de realización profesional son indicadores de burnout.

2.9.3. 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 instrumento ampliamente utilizado que se emplea para medir ciertos estados emocionales y de bienestar de las personas, El GHQ-28 está compuesto de 22 ítems que evalúan cuatro áreas psiquiátricas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. El formato de respuesta es tipo Likert con cuatro opciones, la puntuación total se extrae mediante la sumatoria de los valores obtenidos en cada pregunta.

El rango de puntuación varía de 0 y 28 donde a mayor puntuación mayor malestar, los valores de Cronbach se sitúan entre .82 y .89.

2.9.4. Escala Multidimensional (BRIEF-COPE).

BRIEF-COPE es un cuestionario que se utiliza con frecuencia para evaluar una amplia gama de respuestas de afrontamiento a dificultades específicas, está compuesto por 28 ítems con dos ítems para cada estrategia de afrontamiento medida. El BRIEF-COPE mide las siguientes respuestas de afrontamiento: auto-distracción, afrontamiento activo, negación, el consumo de sustancias, uso de apoyo emocional, uso de apoyo instrumental, la separación del comportamiento, reformulación positiva, planificación, humor, aceptación, religión y auto culpa.

Cada elemento presenta un pensamiento o acción de afrontamiento que las personas pueden adoptar bajo estrés o en situaciones difíciles. Para cada ítem, los encuestados indican si han usado la respuesta de afrontamiento en una escala Likert de cuatro puntos (1 = No he estado haciendo esto en absoluto; 2 = He estado haciendo esto un poco; 3 = He tenido estado haciendo esto un monto medio; 4 = he estado haciendo esto mucho).

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

Esta es una encuesta breve, autoadministrada y multidimensional conformada por 20 ítems, con una puntuación que va de 2 a 5 en una escala de Likert que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), donde un puntaje global más alto indica la mayor cantidad de apoyo social.

Las cuatro dimensiones de apoyo social que mide son: apoyo emocional (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (2, 5, 12 y 15) y amor y cariño (7, 11, 14, 18, 6, 10 y 20).

En cuanto a sus propiedades psicométricas la consistencia interna para la puntuación total es $\alpha = 0.97$ y para las subescalas varía entre 0.91 y 0.96.

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

El EPQR-A es un cuestionario de autoinforme conformado de 24 ítems que evalúan tres rasgos de personalidad (extraversión, neuroticismo y psicoticismo) y también está conformado por ítems que miden la sinceridad. Cada escala se compone de 6 preguntas que los colaboradores valoran en una escala de frecuencia binaria obtenida 1 o 0 y con un rango de puntuaciones para cada

subescala entre 0 y 6, interpretándose que a mayor puntuación en cada escala mayor presencia del mismo.

CAPITULO III
RESULTADOS OBTENIDOS

3.1. Variables Sociodemográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médicos		Enfermeros	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	12,0	50,0	0,0	0,0
Mujer	12,0	50,0	16,0	100,0
Edad				
<i>M</i>	29,8		29,5	
<i>DT</i>	7,5		8,3	
Max	58,0		50,0	
Min	25,0		22,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	0,8		0,9	
<i>DT</i>	1,3		1,4	
Max	4,0		4,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	24,0	100,0	16,0	100,0
Blanco/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	16,0	66,7	10,0	62,5
Casado/a	7,0	29,2	6,0	37,5
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Divorciado/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Unión libre	1,0	4,2	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Flores Villalta Maira Guicela

Análisis e interpretación de los datos.

De acuerdo con los datos recogidos en lo referente a la participación mayoritaria en cuanto a sexo, estado civil, etnia y media de edad, número de hijos de los participantes se ha podido constatar que, de los profesionales médicos, el 50% son hombres y el otro 50% son mujeres, mientras que en el personal de enfermería el 100% de la población son mujeres. La edad promedio de los/as médicos/as es de 29,8 años; mientras que en las enfermeras la edad promedio es de 29,5 años. En cuanto al número de hijos se pudo constatar que en el personal médico el promedio es de 0.8, mientras que el del personal de enfermería es de 0.9. Así mismo se pudo observar que la población estudiada se considera mestiza, con el 100% en ambas muestras, así mismo la mayor parte de esta población se considera soltera el 66.7% de los médicos, y el 62.5% de las enfermeras.

En cuanto a las características laborales de la población estudiada a continuación en la tabla 2. se presentan los datos obtenidos.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	10,0	41,7	10,0	62,5
1001 a 2000	14,0	58,3	6,0	37,5
2001 a 3000	0,0	0,0	0,0	0,0
3001 a 4000	0,0	0,0	0,0	0,0
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	4,8		4,4	
<i>DT</i>	6,5		3,7	
Max	32,0		12,0	
Min	2,0		2,0	
Sector en el que trabaja				
Público	24,0	100,0	16,0	100,0
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	0,0	0,0	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	2,0	8,3	1,0	6,3
Ocasional	17,0	70,8	11,0	68,8
Plazo fijo	1,0	4,2	0,0	0,0
Nombramiento	4,0	16,7	2,0	12,5
Servicios profesionales	0,0	0,0	2,0	12,5
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	15,5		20,8	
<i>DT</i>	6,7		14,6	
Max	34,0		56,0	
Min	0,0		8,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	5,0	20,8	4,0	25,0
Mediadamente	18,0	75,0	9,0	56,3
Poco	1,0	4,2	3,0	18,8
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	9,0	37,5	10,0	62,5
No	15,0	62,5	6,0	37,5

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Flores Villalta Maira Guicela

Análisis e interpretación de los datos.

De acuerdo a la tabla presentada se puede observar que la escala salarial que predomina en la población medica oscila entre 1001 a 2000 con un 58.3%, mientras que para la población de enfermeras oscila entre 0 a 1000 con 62.5%. En lo que se refiere a los años de experiencia profesional del personal médico la media fue de 4.8 años, mientras que en enfermeras fue de

4.4 años. El sector en el que laboran la totalidad de los participantes es el público, siendo el 100% en ambos grupos. La mayor cantidad de contratos son ocasionales con 70.8% en médicos/as y 68.8% en enfermeras. El número promedio de pacientes que atienden a diario los

médicos/as es de 15.5, con una atención mínima de 0 y máxima de 34 pacientes; mientras que las enfermas atienden a un promedio de 20.8 pacientes diarios, atendiendo a un mínimo de 8 y máximo de 56 pacientes. En cuanto a los recursos que les proporciona la organización a los participantes, el 75% de los médicos/as y el 56.3% de las enfermeras indican que medianamente la institución les proporciona los recursos necesarios para efectuar su labor. En lo referente al tipo de trabajo que realizan el 62.5% de los médicos manifestaron no trabajar en turnos mientras que el 62.5% de las enfermeras manifestaron trabajar en turnos.

1. Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson

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	8	33,3%	6	37,5%
	Medio	8	33,3%	7	43,8%
	Alto	8	33,3%	3	18,8%
Despersonalización	Bajo	11	45,8%	8	50,0%
	Medio	8	33,3%	6	37,5%
	Alto	5	20,8%	2	12,5%
Realización personal	Bajo	9	37,5%	7	43,8%
	Medio	8	33,3%	3	18,8%
	Alto	7	29,2%	6	37,5%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Flores Villalta Maira Guicela

Análisis e interpretación de los datos.

En lo concerniente al Inventario del Síndrome de burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la población medica estudiada en cada nivel bajo, medio y alto se obtuvo el mismo porcentaje de 33.3% en cuanto a las enfermeras el 43.8% obtuvieron un nivel medio en esta dimensión; en despersonalización el 45.8% de los médicos puntuaron en nivel bajo, mientras que en personal de enfermería el 50% de los participantes obtuvo nivel bajo en esta dimensión; el personal médico consiguió un 37.5% en baja realización personal, mientras que en las enfermeras se obtuvo 43.8% en nivel bajo de la misma dimensión.

En base a los datos presentados anteriormente se presenta la siguiente tabla que representa los casos existentes de burnout en el grupo de profesionales estudiados.

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	23	95,8%	16	100,0%
	Presencia	1	4,2%	0	0,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Flores Villalta Maira Guicela

Análisis e interpretación de los datos.

En base a los datos extraídos en la administración del MBI se puede concluir que existe un caso de burnout en médicos que representan al 4.2%, mientras que en la muestra de personal de enfermería no se reporta ningún caso.

2. Cuestionario de salud general (GHQ-28)

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	11	45,8%	8	50,0%
	Caso	13	54,2%	8	50,0%
Ansiedad	No caso	6	25,0%	6	37,5%
	Caso	18	75,0%	10	62,5%
Disfuncion social	No caso	24	100,0%	16	100,0%
	Caso	0	0,0%	0	0,0%
Depresión	No caso	22	91,7%	16	100,0%
	Caso	2	8,3%	0	0,0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)
Elaborado por: Flores Villalta Maira Guicela

Análisis e interpretación de los datos.

En lo que se refiere a la salud general los síntomas que en mayor medida prevalecen de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los relacionados a la ansiedad con un 75% en el caso de los médicos y en un 62.5% en el caso del personal de enfermería seguidos por los síntomas de somáticos con un 54.2% en médicos y un 50% en el caso de los profesionales de enfermería.

3. Cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE)

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	2,0	1,5	6,0	,0	2,4	2,0	6,0	,0
Afrontamiento activo	2,7	1,6	6,0	,0	3,2	2,0	6,0	,0
Negación	1,5	1,8	6,0	,0	1,3	1,9	6,0	,0
Uso de sustancias	1,1	1,6	4,0	,0	1,0	2,0	6,0	,0
Apoyo emocional	1,5	2,0	6,0	,0	2,0	1,9	6,0	,0
Apoyo instrumental	2,1	1,7	6,0	,0	2,4	1,8	5,0	,0
Retirada de comportamiento	1,5	1,9	5,0	,0	1,8	1,8	6,0	,0
Desahogo	1,8	1,6	5,0	,0	1,5	1,7	4,0	,0
Replanteamiento positivo	2,8	2,0	6,0	,0	3,0	2,0	6,0	,0
Planificación	2,8	1,8	6,0	,0	2,8	2,2	6,0	,0
Humor	2,2	1,9	5,0	,0	1,6	2,2	6,0	,0
Aceptación	2,8	1,9	6,0	,0	3,0	1,9	6,0	,0
Religión	2,8	2,2	6,0	,0	3,1	2,3	6,0	,0
Culpa de si mismo	2,0	1,9	6,0	,0	1,4	1,7	5,0	,0

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).
Elaborado por: Flores Villalta Maira Guicela

Análisis e interpretación de los datos.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud se pudo evidenciar que las estrategias que poseen una media más alta en la muestra de los médicos son: replanteamiento positivo (2.8), planificación (2.8), aceptación (2.8), y religión (2.8); mientras que en la muestra de personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: afrontamiento activo (3.2), religión (3.1), aceptación (3.0) y replanteamiento positivo (3.0).

4. Cuestionario de apoyo social (AP)

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	74,2	22,8	100,0	25,0	79,4	18,5	100,0	52,5
Apoyo instrumental	77,3	20,7	100,0	35,0	78,0	19,5	100,0	40,0
Relaciones sociales	76,7	24,1	100,0	20,0	81,9	16,7	100,0	50,0
Amor y cariño	75,3	24,9	100,0	20,0	80,8	18,0	100,0	46,7

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Flores Villalta Mará Guicela

Análisis e interpretación de los datos.

En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta percibida por el personal médico es el apoyo instrumental con un 77.3, seguido por relaciones sociales con un 76.7, luego se percibe la escala amor y cariño con un 75.3 y finalmente la escala apoyo emocional con un 74.2. En cuanto al personal de enfermería la escala que en mayor medida prevalece son las relaciones sociales con un 81.9, seguido por amor y cariño con un 80.8, a continuación, es seguido por apoyo emocional con un 79.4 y finalmente por apoyo instrumental con 78.

5. Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

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	2,4	1,6	5,0	,0	2,2	1,5	5,0	,0
Extroversión	3,8	1,9	6,0	,0	3,4	1,4	5,0	,0
Psicoticismo	1,8	,9	4,0	,0	1,9	,8	4,0	1,0

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

Análisis e interpretación de los datos.

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 3.8 para el personal médico y 3.4 para enfermeras, seguido de neocriticismo con 2.4 para médicos y 2.2 para enfermeras y finalmente el rasgo de psicoticismo con 1.8 para personal médico y 1.9 para personal de enfermería.

CAPITULO IV
DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Discusión.

El síndrome de Burnout proviene de una situación laboral degradada, que involucra al individuo y a la organización en la que trabaja. Por lo tanto, es importante definir claramente qué cubre el síndrome de burnout, para permitir que cualquier institución, pública o privada, actúe para evitar su aparición.

En el presente estudio se trata de averiguar diferentes aspectos relacionados a este síndrome en las profesiones sanitarias. Uno de los primeros objetivos de la presente investigación fue identificar las características sociodemográficas de la población estudiada. De acuerdo con el perfil sociodemográfico, en la muestra de personal médico, el 50% son hombres y el 50% mujeres, en cuanto al personal de enfermería el 100% fueron mujeres, estos datos se relacionan con las investigaciones realizadas por (Puialto, Rodríguez y Fernández 2006) donde el 98% de la muestra de estudio eran mujeres, lo cual era esperable debido a que la profesión de enfermería tiene predominio femenino. En cuanto a la edad promedio del personal médico es de 29,8 años; mientras que en las enfermeras la edad promedio es de 29,5 años, estos hallazgos no concuerdan con los resultados obtenidos en el estudio realizado por los autores antes mencionados donde la franja de edad con mayor frecuencia era entre 45-54 años (Puialto Durán et al. 2006) y cabe mencionar que según la literatura, el síndrome de burnout tiene una mayor incidencia entre los trabajadores jóvenes, especialmente aquellos que aún no han alcanzado una edad de 30 años, y cuya experiencia es casi cero. En estos casos, las realidades a las que se enfrentan los jóvenes no concuerdan con sus expectativas, volviéndose inseguros. El síndrome de Burnout a menudo es estimulado por una motivación excesiva o expectativas que estos jóvenes depositan en su futuro, ya que estos no pueden ser alcanzados (Lautert, 2010).

En cuanto al número de hijos se pudo constatar que en el personal médico el promedio es de 0.8, mientras que el del personal de enfermería es de 0.9. Así mismo la mayor parte de esta población se considera soltera el 66.7% de los médicos, y el 62.5% de las enfermeras. Debemos considerar que dentro de los factores individuales de riesgo para padecer burnout se encuentran el tener hijos y el estar casado, debido a que existiría una sobre carga de trabajo profesional y familiar. Y de acuerdo a los resultados encontrados en nuestra investigación la mayor parte de la muestra es soltera y un bajo porcentaje tiene hijos por lo que estas variables podrían convertirse es factores protectores para que no se presente el síndrome en estos centros de salud.

En lo referente a la etnia el 100% de la muestra investigada se considera mestiza, este dato era esperable porque esta etnia es la que predomina en nuestro país.

Por otro lado, en lo que concierne a las características laborales de los profesionales de la salud se evaluaron diferentes variables. En lo que se refiere al sueldo recibido la escala salarial que predomina en la población medica oscila entre 1001 a 2000 con un 58.3%, mientras que para la población de enfermeras oscila entre 0 a 1000 con 62.5%.

En cuanto a los años de experiencia profesional del personal médico la media fue de 4.8 años, mientras que en enfermeras fue de 4.4 años. Es importante destacar que, según la literatura investigada, esta variable podría convertirse en un factor de riesgo para nuestra muestra de estudio debido a que dentro de los primeros años de ejercicio profesional es más probable que el síndrome aparezca por motivo de que es en estos años donde se tienen mayores expectativas idealistas por parte de los profesionales.

Siguiendo con la discusión de resultados, el sector en el que laboran la totalidad de los participantes es el público, siendo el 100% en ambos grupos, no se puede hacer una diferenciación debido a que los datos para nuestra investigación se recolectaron en instituciones públicas. La mayor cantidad de contratos son ocasionales con 70.8% en médicos y 68.8% en enfermeras, este dato merece una especial consideración por el hecho de que la mayor parte de los trabajadores no poseen una estabilidad laboral, y cabe mencionar que según diferentes investigaciones el no tener una fuente estable de trabajo puede llevar a estas personas a desarrollar estrés por la constante preocupación que esto les acarrea.

En cuanto al número promedio de pacientes que atienden a diario los médicos es de 15.5, con una atención mínima de 0 y máxima de 34 pacientes; mientras que las enfermeras atienden a un promedio de 20.8 pacientes diarios, atendiendo a un mínimo de 8 y máximo de 56 pacientes. En cuanto a los recursos que les proporciona la organización a los participantes, el 75% de los médicos y el 56.3% de las enfermeras indican que medianamente la institución les proporciona los recursos necesarios para efectuar su labor. En lo referente al tipo de trabajo que realizan el 62.5% de los médicos manifestaron no trabajar en turnos mientras que el 62.5% de las enfermeras manifestaron trabajar en turnos, todos estos datos podrían convertirse en factores de riesgo que pueden contribuir para que en el futuro el síndrome se acrecenté en esta población de estudio, porque según la literatura explorada diferentes investigadores han encontrado altos niveles de estrés entre individuos que tienen una carga de trabajo excesiva es decir tienen largas horas de trabajo y tienen demasiadas responsabilidades, todo ello ocasiona que el individuo experimente menor satisfacción laboral, así también la sobrecarga laboral deja poca ocasión o energía para la comunicación y el apoyo de otros empleados o para buscar oportunidades de crecimiento personal y profesional. Además, el hecho de que la organización no les provea la totalidad de los recursos para que ellos efectúen su trabajo, puede ocasionar que estos profesionales se sientan poco motivados y por ende presenten mayor cantidad de estrés.

Otros de los objetivos del presente trabajo fue evaluar la presencia del síndrome de Burnout en los centros de salud investigados, para ello se utilizó el cuestionario de Maslach; en las puntuaciones obtenidas en este inventario pudimos observar que en la dimensión de agotamiento emocional en la población medica estudiada en cada nivel, bajo, medio y alto se obtuvo el mismo porcentaje de 33.3% en cuanto a las enfermeras el 43.8% obtuvieron un nivel medio en esta dimensión; en despersonalización el 45.8% de los médicos puntuaron en nivel bajo, mientras que en personal de enfermería el 50% de los participantes obtuvo nivel bajo en esta dimensión; el personal médico consiguió un 37.5% en baja realización personal, mientras que en las enfermeras se obtuvo 43.8% en nivel bajo de la misma dimensión. Como podemos evidenciar en el presente estudio no existen niveles elevados del síndrome de burnout debido a que la mayor parte de la población estudiada puntúa en el nivel medio y bajo de cada dimensión, estos resultados no concuerdan con los estudios realizados en América Latina sobre la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud que laboraba en el hospital de Villa María en Córdoba Argentina donde el 54.90% de la muestra estudiada presentaron altos porcentajes de agotamiento emocional, 65.69% alto nivel de despersonalización y el 58.82% niveles bajos de realización profesional (Zazzetti, F. 2011).

En cuanto a la prevalencia del síndrome en el presente estudio fue de un caso de Burnout en médicos que representan al 4.2%. Nuestros hallazgos se asemejan a los estudios encontrados por Grau (2009) en el Ecuador donde se encontró una prevalencia del síndrome de un 4%, si bien este resultado es un poco menor a la obtenida en nuestro trabajo investigativo, deja notar que se confirma lo señalado por el autor antes indicado de que los porcentajes de este síndrome son menores en Latinoamérica comparados con otros países.

Siguiendo con la discusión de los datos en lo referente a la salud general de la muestra estudiada, los síntomas que prevalecen son los relacionados a la ansiedad seguidos por síntomas somáticos. Estos resultados se deben quizá a la actividad laboral que realizan estos profesionales, debido a que su profesión es exigente y les demanda un gasto energético bastante elevado y de acuerdo a lo mencionado por Redolar (2011) el estar expuesto a agentes estresantes se convierte en factor de riesgo para desarrollar problemas de ansiedad.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento podemos mencionar que la muestra estudiada presenta diferentes estrategias para enfrentar sus problemas entre las más destacadas constan: replanteamiento positivo, planificación, aceptación y religión, como podemos evidenciar los profesionales investigados poseen diferentes estrategias para enfrentarse a sus problemas y esto es muy importante ya que ello se convierte en un factor protector contra el síndrome de burnout debido a que estas estrategias les permiten adaptarse siempre a las nuevas circunstancias que tienen que enfrentar.

Sobre el apoyo social se puede determinar que las variantes que prevalecen en la muestra medica corresponden al apoyo instrumental, seguido por relaciones sociales, luego se percibe la escala amor y cariño y finalmente la escala apoyo emocional. En cuanto al personal de enfermería la escala que en mayor medida prevalece son las relaciones sociales, seguido por amor y cariño, a continuación, es seguido por apoyo emocional y finalmente el apoyo instrumental. Como podemos constatar en nuestra muestra de estudio existen diferentes escalas de apoyo quizá estos hallazgos pueden estar relacionados con las estrategias de afrontamiento que la muestra de estudios emplea para solucionar sus problemas ya que según lo encontrado por Popp (2008), el disponer de adecuadas herramientas de afrontamiento hace posible que las personas desarrollen apoyo social positivo.

Por otro lado, en cuanto a la personalidad de la muestra de estudio el rasgo de extroversión es el que en mayor medida prevalece, seguido de neuroticismo y psicotismo. Estos resultados indican que la mayoría de la población investigada tiende hacer abierta, amigable y quizá este sea un factor que contribuye a que el porcentaje de este síndrome no sea tan alto en nuestro estudio ya que según la literatura publicada sobre el Burnout y las características de la personalidad ha sugerido que ciertos rasgos de personalidad podrían potencialmente actuar como una medida de protección contra el agotamiento.

CONCLUSIONES

-) Un alto porcentaje de la muestra investigada manifestó que la institución donde laboran solamente les proporciona medianamente los recursos que ellos necesitan para efectuar su labor. Hay que tener en cuenta que este factor probablemente contribuye a aumentar la carga laboral de estas personas y a acentuar la brecha entre sus expectativas de trabajo y la realidad. Y es muy posible que las consecuencias puedan traducirse en una sensación de desgaste.
-) En los Centros de Salud investigados existe un caso de burnout en el personal médico que corresponde al 4.2%, mientras que en la muestra de personal de enfermería no se registró ningún caso.
-) Ante el estrés, todo el personal parece usar diversos estilos de afrontamiento, no emplean uno en específico. Las estrategias que en mayor medida utilizan los profesionales médicos son: replanteamiento positivo, planificación, aceptación y religión; mientras que en el personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen son: afrontamiento activo, religión, aceptación y replanteamiento positivo. Estas ayudan, entonces, a reducir el estrés y todas las consecuencias que implica. Por lo que se convierten en un factor protector para estos profesionales ya que con ellas los trabajadores se vuelven más seguros y capaces de sobrellevar las exigencias laborales y con lo cual obtienen un mejor rendimiento en su trabajo.
-) La muestra investigada según el cuestionario aplicado cuenta en mayor medida con apoyo instrumental, relaciones sociales, amor y cariño y apoyo emocional. Es importante conocer que esta población posee diferentes formas de apoyo, ya que la calidad y cantidad de este permite consolidar los vínculos entre compañeros de trabajo y familia, además, se convierte en una fuente de bienestar al actuar directamente sobre el estrés y la enfermedad. Asimismo, otro beneficio del apoyo social es la satisfacción laboral y la autodeterminación. De hecho, el apoyo tiene un efecto positivo en el bienestar y negativo en el agotamiento laboral.
-) A través del análisis estadístico se pudo determinar que el rasgo de personalidad que sobresale en la muestra de estudio es la extroversión, seguido por neuroticismo y psicoticismo. Este sería un factor protector contra el burnout ya que según lo afirman diferentes estudios las personas extrovertidas tienen menores probabilidades de padecer este síndrome.

RECOMENDACIONES

-) El caso de burnout existente debe alertar a los Centros de Salud, y es necesario que creen un enfoque de prevención para evitar que se presenten nuevos casos en el personal sanitario. Los directivos de estas instituciones deben tener en cuenta que, las mismas causas que llevaron al médico afectado a desarrollar el síndrome pueden producir los mismos efectos, a otros trabajadores, enfrentados a las mismas situaciones de trabajo.
-) Para evitar la ocurrencia del Burnout, se recomienda a la organización proveer los recursos necesarios para que los trabajadores puedan desarrollar satisfactoriamente su labor, tratando de no ponerlos en desventaja frente a reglas y valores de su profesión.
-) En el caso del profesional con síndrome de burnout su tratamiento deberá enfocarse en recuperar su salud psicológica con lo que se buscará mejorar su desempeño laboral, mediante la práctica de actividades que le ayuden a reducir los niveles de estrés y le ayuden a manejar el autocontrol. Para ello se recomienda a los Centros de Salud evaluar periódicamente la satisfacción y el rendimiento laboral de sus trabajadores
-) Otra recomendación que se da a los Centros de Salud es promover el apoyo social y evitar el aislamiento: establecer grupos de discusión sobre prácticas profesionales, fortalecer el trabajo en equipo (horas de trabajo reservadas para ofertas de trabajo, áreas para compartir experiencias e intercambios).

BIBLIOGRAFIA

- Arnold H. J., & Feldman (1986). *Organizational Behavior*. New York: McGraw Hill.
- Azzetti, F., Carricaburu, J., & Miloc, E. Alcmeon, (2011), Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva Privadas en Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, Vol. 17, Nº2, pp.120 a 128.
- Bandura, A (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bianchini, M. "El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud". *Revista de Medicina Legal de Costa Rica* 13-14. 1997: 189-192.
- Buunk, B. & Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En Schaufeli, W., Maslach, C. & Marek, T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). London: Taylor & Francis.
- Burke, R.J., & Richardsen, A.M. (1993) Psychological burnout in organizations. In R.T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 263-299). New York: Marcel Dekker.
- Burke, R., Schwarzer, R. y Greenglass, E. (1996) "A Longitudinal Study of Psychological Burnout in Teachers", *Human Relations*, Vol. Feb.
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health* 6, 12-24.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283
- Cooke, R.A. & Rousseau, D.M. (1984). Stress and strain from family roles and work role expectation. *Journal of Applied Psychology*, 69, 252-260
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). London: Taylor & Francis.

- Cronin-Stubbs, D. & Rooks, C. (1985). The stress, social support, and burn-out of critical care nurses. *Heart and Lung*, 14, 31-39.
- Cummings, G., Hayduk, L. & Estabrooks, C. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: The responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 54(1), 2-12.
- Cherniss, C. (1980 b). *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 Schaufeli, W., Morey, T. y Maslach, C (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington DC: Hemisphere.
- Da Silva, A. T. C., & Menezes, P. R. (2008). Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *Revista de Saúde Pública*, 42, 921–929.
- de Moreira, D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. (2009). Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1559–1568.
- Da Silva, H., Vega, D. E., & Pérez, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (5), 310-320.
- Devi, S. (2011). Los médicos en peligro. *The Lancet*, 377, 454. Obtenido de <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673611601451.pdf>
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Embrico, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 482–488.
- Etzion D. (1987). *Burnout: The hidden agenda of human distress*. Tel Aviv: Tel Aviv University.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *The Journal of Social Issues*, 30 (1) 159-166.
- Freudnberger, H. J. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, New York: Doubleday.

- Freudnberger, H. & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Nueva York: Anchor Press.
- Garcé de Los Fayos, E. J. (1994). *Burnout: Un acercamiento teórico-empírico al constructo en contextos deportivos*. Tesis de Licenciatura. Murcia: Universidad de Murcia.
- Gil-Monte, P. R. & Moreno-Jiménez, B. (2007) *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.7y
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (2000) Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2 (16) 135-149.
- Gil Monte, P., Peiró, J.M. & Valcárcel, M.P. (1995). El síndrome de burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En L. González, A. de la Torre y J. de Elena (Comp.) *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías* (pp 211-224). Salamanca: Eudema.
- Gil-Monte, P. & Zúñiga-Caballero, L. (2010). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(1), 169-178.
- Gold, Y., Roth, R. Wright, C., Michael, W. y Chen, C. (1992) "The Factorial Validity of a Teacher Burnout Measure (ES) Administered to a Sample of Beginning Teachers in Elementary and Secondary Schools in California", *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 52.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. & Carter, M. (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. Gonzales Maestre, D. *Ergonomía y psicología*, Madrid: Fundación Confemental, depósito legal 2003.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., Braga, F., (2009), Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español, (2007) *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 83, No. 2, Madrid, España Vol. 83, No. 2, Madrid, España.

- Gutierrez Aceves, G. A. (2006). Síndrome De Burnout. *Medigraphic*, 305-309.
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. En Farber, B. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Hobfoll, S. & Freedy, J. (1993). Conservation of re-sources: A general stress theory applied to burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Johnson, M. & Stone, G. L. (1987). Social workers and burnout: A psychological description. *Journal of Social Service Research*, 10, 67-80.
- Lara, R. M., Chávez, A. P., & Morante Benadero, M^a. E (2007). El síndrome de Burnout en profesionales de enfermería mexicanos. En P.R, Gil Monte., y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 163-170). Madrid: Síntesis.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leal Rubio, J. (1993). Equipos comunitarios: ¿Un ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En *Salud Mental y Servicios Sociales: El espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Lee, R. y Asforth, B. (1993 b). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers-comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54 (3) 369-398.
- Leiter, M. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6 (2) 107-116.
- Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T. (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). London: Taylor y Francis.
- Leiter, M. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9 (4) 297-308.
- Leiter, M., & Schaufeli, W. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, & Coping*, 9, 229
- Manzano, G. (1998): *Estrés en personal de enfermería*. Tesis doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Marucco, M. A., Gil Monte, P.R., & Flamenco, E. (2007-2008). Síndrome de quemare por el trabajo (burnout) en pediatras de Hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBI-HS y el CESQT. *Información psicológica*.91/92, 32-42.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 24, 16-22.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En Sanders, G y Suls, J. (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale: LEA.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Manual (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 200 p.
- Maslach, C. & Leiter, M. P (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 93: 498-512.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C. e Leiter, M.P. (2000). *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Trento: Erickson.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 52, 397-422).
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5(8), 493-508.
- Molina Linde, J. M. & Avalos Martínez, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1(1). <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>
- Moreno, B., Oliver, C. & Aragonese, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En Buela-Casal, G. y Caballo, V. (Eds). *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 271-285). Madrid. Siglo XXI.

- Orteg Herrera, M.E., Ortiz, Viveros, G.R., & Coronel, P.G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17, (1), 5-16.
- Peris. D. (2002). El número 7 ± 2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD. Ponencia presentada en la *Jornada de Debate Multidisciplinar sobre Mobbing*. Universitat Jaime I de Castellón.
- Perlman, B. & Hartman, E. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35 (4) 283-305.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existencial perspective. En Schaufeli, W., Moret, T. y Maslach, C. (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-51). Washington DC: Hemisphere.
- Pines, A. & Kafry, D. (1978). Coping with burnout. Paper presented at the *Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En Cherniss, C. (Ed.). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Popp, Maricel Soledad (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, Buenos Aires, v.25, n. 1, jul.2008.
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J. F., Pochard, F. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 698–704.
- Potter, B. (1993) "*Four Stages of Burnout*" www.docpotter.com
- Price, D. M. & Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Health Education*, 8(1), 47-58.
- Puialto Durán MJ, Antolín Rodríguez R, Moure Fernández L. Prevalencia del síndrome del quemad@ y estudio de factores relacionados en las enfermeras del CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enf Global*. 2006; 5(1):1-18.
- Redolar R. Diego; (2011); *El Cerebro Estresado*; 1era. Edición, Editorial UOC, Barcelona-España.

- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: Thirty-five years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
- Segura, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Doménech, M., Gutiérrez, I. & Cetbriá, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. *Anales de Psicología*, 22(1), 45-51.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. En Cooper, C. y Robertson, E. *International review of industrial and organizational psychology*. Londres: Wiley and sons.
- Smith, N. & Nelson, V. (1983 b). Helping may be harmful: The implications of burnout for the special librarian. *Special Librarian*, 74 (1) 14-19.
- Smith, N., Watsein, S. & Wuehler, A. (1986). *Burnout and social interest in librarians and library school students*. 21st Century Mountain Plains Library Association Academic Library Section Research Forum. Emporia State University. Kansas.
- Spanoil, L. & Caputo, G. (1979). *Profesional Burnout: A personal survival kit*. Levington, MA: Human Services Associates.
- Thompson, M. S., Page, S. L. y 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
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social suport, and burnout. En Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Winnubst, J. & Shabracq, M. (1996) *Social Support, Stress and Organization: Towards Optimal Matching*. Handbook of Work and Health Psychology
- Trindade LL, Lautert L (2010) Syndrome of burnout among the workers of the Strategy of health of the family. *Rev Esc Enferm* 44: 274-279.
- Zaldúa, G., & Lodieu, M. T. (2000) El Burnout: La salud de los trabajadores de salud. *Investigaciones en Psicología*. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA, 1, 151-169.

ANEXOS

ANEXO 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.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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 trata 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/bern/deteccion.pdf>

ANEXO 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
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 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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:

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

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

ANEXO 5

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

ANEXO 6

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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