



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**“Identificación del síndrome de Burnout y su relación con variables
sociodemográficas y laborales en una institución pública de Loja-Ecuador
en el año 2017”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Forootan Solano de la Sala, Toa Shirin.

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elizabeth, Magister

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2018



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

Septiembre, 2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

María Elizabeth Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Identificación del síndrome de Burnout en profesionales de la salud.” realizado por: Forootan Solano de la Sala Toa Shirin; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 07 de febrero del 2018.

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Forootan Solano de la Sala Toa Shirin declaro ser autora del presente trabajo de titulación: "Identificación del síndrome de Burnout en profesionales de la salud." De la titulación de Psicología, siendo la Magíster María Elizabeth Vivanco Vivanco directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

f.

Autor: Toa Shirin Forootan Solano de la Sala

Cédula: 1104815350

DEDICATORIA:

Durante la elaboración del presente trabajo investigativo dejo constancia de mis profundos agradecimientos a los profesionales que desinteresada colaboraron y formaron parte de la investigación, al igual agradezco al director del centro donde se desarrolló la investigación por su pronta aceptación y acogida. También agradezco a mi familia y a amigos que tan generosamente han estado en este proceso ayudándome a culminar y alcanzar mis metas.

A todos gracias.

Toa

AGRADECIMIENTO

A mi hija, motor y fuerza que me acompaña diariamente y me impulsa a lograr mis metas, me ha dado la fuerza necesaria para poder culminar mi carrera y llevar a cabo mi sueño.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Psicología, y en especial a los docentes que estuvieron prestos a responder mis inquietudes durante éste proceso, muchas gracias por su valiosa y acertada orientación.

A las personas de los puestos de salud ya que sin su apertura y ayuda incondicional no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Toa

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
CERTIFICACION.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA:.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Conceptualizaciones del burnout.....	7
1.2. Desarrollo y fases del “Burnout”.....	9
1.3. Consecuencias del burnout en profesionales de la salud.....	11
1.3.1. En la salud.....	11
1.3.2. En el trabajo.....	12
1.3.3. En la familia.....	12
1.4. Modelos explicativos del burnout.....	13
1.4.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.....	13
1.4.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.....	16
1.4.3. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.....	18
1.4.4. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.....	21
1.4.5. Modelo de la teoría estructural.....	22
1.4.6. Modelo de Gil Monte.....	22
1.5. Prevalencia del burnout en profesionales de la salud.....	22
1.6. Importancia del estudio del burnout.....	23
CAPITULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
2.1. Objetivos.....	25
2.1.1. Objetivo General.....	25
2.1.2. Objetivos Especificos.....	25
2.2. Preguntas de investigación.....	25
2.3. Contexto de la investigación.....	26
2.4. Diseño de investigación.....	26
2.5. Muestra.....	27
2.6. Procedimiento.....	27
2.7. Instrumentos.....	28
2.7.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	28
2.7.2. Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS].	28
2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).....	29
2.7.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	29
2.7.5. Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).....	30
2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999.....	30
CAPITULO 3. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	31
3.1. Muestra.....	32
3.2. Análisis de datos.....	32
3.2.1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....	32

3.2.2.	Características laborales de los profesionales de la salud.....	33
3.2.3.	Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud. 35	
3.2.4.	Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.....	35
3.2.5.	Malestar emocional de los profesionales de la salud.	36
3.2.6.	Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.	37
3.2.7.	Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.	38
3.2.8.	Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	38
3.3.	Discusión.	39
	CONCLUSIONES.....	46
	RECOMENDACIONES	47
	BIBLIOGRAFÍA.....	48
	ANEXOS.....	51
	UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA Cuestionario Sociodemográfico y Laboral 52	
	CUESTIONARIO DE MBI.....	54
	Cuestionario (GHQ-28).....	55
	Cuestionario BRIEF-COPE	58
	CUESTIONARIO DE AS	59
	CUESTIONARIO EPQR-A	60

RESUMEN

El presente trabajo se basó en el estudio del Síndrome Burnout, y su relación con las variables sociodemográficas y laborales dentro del campo de la salud. Se tomó como muestra de estudio al personal médico y de enfermería que laboran en el Hospital del Día de la ciudad de Loja. El objetivo principal de ésta investigación fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en mencionados profesionales, y la influencia de éste sobre las variables sociodemográficas y laborales.

Mediante la aplicación de diversos instrumentos se identificaron las variables que influyen directamente en el desarrollo y adquisición del burnout. Adicional, se analizó las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud y su efectividad para evitar situaciones de ansiedad y estrés.

En lo referente a rasgos de personalidad de los profesionales de la salud el rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos seguido de psicotismo y finalmente el rasgo de neuroticismo. Como resultado se obtuvo que el 5,6% del personal de enfermería posee dicho síndrome.

Palabras claves: Burnout, síndrome, salud, profesionales.

ABSTRACT

The current research was based on the study of Burnout Syndrome and its relationship with sociodemographic and occupational variables within the field of health. The study sample was taken from the medical and nursing staff that current work at "Hospital del dia" of the city of Loja. The main objective of this research was to determine the prevalence of Burnout Syndrome in healthcare professionals, due to the influence on sociodemographic and occupational variables.

Through the application of various instruments, the variables that directly influence the development and acquisition of burnout were identified. Additionally, the coping strategies of healthcare professionals and their effectiveness to avoid situations of anxiety and stress were analyzed.

Related to personality traits of healthcare professionals, the remarkable personality trait was extroversion in both groups, followed by psychoticism and finally the neuroticism trait. As a result, it was obtained that 5.6% of the nursing staff developed in the syndrome.

Keywords: Burnout, syndrome, healthcare, professionals

INTRODUCCIÓN

En 1970 el término burnout empezó a ser conceptualizado y estudiado por diversos autores, uno de ellos y el primero lo conceptualizó basado en su propia experiencia y otros basaron sus estudios en voluntarios de algunos hospitales de aquella década.

El síndrome de Burnout según Maslach (2009) es un síndrome de índole laboral que conlleva una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos dentro del campo laboral, las dimensiones clave de esta respuesta implican un agotamiento extenuante, sentimientos de cinismo y desapego laboral al igual que una sensación de ineficiencia y falta de motivación y logros.

Las exigencias laborales, los horarios, la falta de herramientas que faciliten el trabajo promueven la insatisfacción del empleado y por ende la presión del empleador para que éste rinda laboralmente, sin embargo, en muchas ocasiones no toman en consideración la falta de recursos con los que éste se encuentra lo que de manera progresiva va causando desmotivación. Los factores antes mencionados favorecen al desarrollo de síntomas y síndromes físicos y psicológicos en los trabajadores. Los trabajadores de la salud, según un estudio realizado en la Universidad de California por Maslach (2009) son los que presentan mayor predisposición al desarrollo del Burnout debido a que laboralmente se dedican a la prestación de servicios a personas que presentan situaciones de necesidad y sus horarios de trabajo son extenuantes al igual que el número de pacientes que atienden al día. Los pacientes presentan diversas necesidades no solo en ámbito de la salud las mismas que conllevan al profesional a manejar las diversas situaciones de la mejor manera, algunas de estos escenarios que estos profesionales enfrentan diariamente según Sosa (2007) son:

- Contacto continuo con los enfermos que exige un cierto grado de implicación personal
- Enfrentamientos cercanos hacia la muerte y enfermedades catastróficas
- Informe de evolución de pacientes sin aparente mejora y con riesgo alto de muerte
- Frustración y falta de control de las propias emociones
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar

- Falta de horas de descanso
- Miedo a cometer algún error debido al cansancio, cuando se encuentran en turnos prolongados

Diversos estudios mencionan la prevalencia en mayor rango del burnout en profesionales de la salud. Un estudio realizado en la Universidad San Francisco de Quito corrobora lo antes mencionado. Dicho estudio tomó como muestra a estudiantes de ciclos intermedios de la carrera de medicina y a los médicos residentes de tres Hospitales con alto flujo de pacientes de la ciudad de Quito, en el cual se arrojaron valores altos en cuanto a la prevalencia alta de éste síndrome del total de la muestra estudiada el 30% poseen niveles altos de burnout mientras que un 40% arroja niveles intermedios de éste síndrome (Vela Pinto, 2010). Porcentajes altamente alarmantes.

El motivo del por qué éste estudio se enfoca en éste síndrome se debe a que hoy en día no es un secreto que la atención médica pública ha decrecido paulatinamente en lo concerniente al trato con el paciente al igual que los malos diagnósticos o incluso las negligencias médicas cometidas que han sido conocidas dentro de la ciudad. Es por esto que este estudio consiste en identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización) en médicos y enfermeras de una institución pública con alto flujo de pacientes que acuden a consulta o emergencias en la ciudad de Loja. Para el desarrollo de esta investigación fue preciso plantearse una población, por ende, su enfoque fue dirigido hacia el personal médico y de enfermería del Hospital del día perteneciente a la ciudad de Loja.

La presente investigación tomó como objetivos específicos identificar la muestra sociodemográfica y laboral de dicho hospital, y presentar relaciones entre el síndrome y el género, estado civil o número de hijos al igual analizar si la parte de contrato, tiempo y experiencia influye para que se desarrolle dicho síndrome. También el propósito de éste trabajo fue determinar las dimensiones del burnout y los casos con prevalencia del mismo. Adicional a lo mencionado, ésta investigación provee e identifica los modos de afrontamientos más utilizados por los profesionales de la salud, organizándolos y categorizándolos para su posterior comparación con otros estudios. Finalmente, permite identificar los rasgos de personalidad que poseen dichos profesionales y si los mismos influyen a la prevalencia del síndrome Burnout.

Con respecto a la metodología que se empleó en éste estudio fue de tipo exploratorio, el cual toma por objeto esencial la familiarización con un tema desconocido y analiza la información desde otros aspectos con el fin de elaborar estudios más profundos y contundentes y de esta manera obtener mejores resultados (Muñoz Aguirre, 2011, pp. 492–499).

El tipo de investigación que se utilizó fue descriptiva-transversal, pues las variables seleccionadas recogieron la información que en lo posterior fue utilizada para el desarrollo del estudio, conjuntamente los datos e información recolectada se obtuvo en un momento dado.

Los instrumentos que se utilizaron y permitieron la recolección precisa de información para el posterior análisis y cumplimiento de los objetivos trazados fueron seis. El primero empleado fue el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (AD-HOC), el mismo que nos permitió la medición de las variables género, edad, número de hijos y estado civil. Seguido, se aplicó el inventario de burnout de Maslach (MBI-HSS) éste evalúa las tres dimensiones del *burnout*: a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo), b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral), c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo).

El tercer instrumento empleado fue el cuestionario de Salud Mental (GHQ-28). Éste es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer como la persona aprecia su estado de salud. El cuarto fue la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) el objetivo del presente es conocer las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas. Como quinto instrumento aplicado se encuentra el Cuestionario MOS de apoyo social el mismo que utilizados para conocer la extensión de la red social que posee la persona y finalmente tenemos al Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A, el mismo que evalúan la personalidad en base a tres factores: neuroticismo, extroversión y psicotismo y sinceridad.

Los resultados de los datos recolectados arrojan que existe un 5,6% del personal de enfermería que padecen el síndrome de Burnout, mientras que el personal médico no refiere ningún caso.

CAPITULO 1.
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualizaciones del burnout.

En el ámbito laboral, la presión individual por cumplir con las actividades asignadas, los requerimientos de los empleadores, el ritmo de vida acelerado, todo en conjunto favorece al desarrollo de síndromes tanto físicos como psicológicos en las personas. Varios sectores y algunos investigadores se han preocupado por éste fenómeno e incluso han dedicado sus estudios al análisis de las razones de origen de éstos trastornos. Artículos publicados recientemente indican la presencia de trastornos psicológicos con origen laboral, debido a su frecuencia y alto costo en organizaciones. Es aquí donde se ha observado “El síndrome de “Burnout”, es uno de los trastornos psicológicos más comunes de hoy en día en las organizaciones” (Carrillo-Esper, Gómez, y Estrada, 2012, pp. 579–584).

En la década de los setenta, las primeras conceptualizaciones, estuvieron a cargo de H. Freudenberger, quien describió el síndrome basado en su propia experiencia con personas voluntarias que trabajaban para él en una clínica. Estas personas, por más de que eran voluntarios, empezaron a desarrollar síntomas como depresión, con pérdida posterior de energía y motivación laboral. Para poder nombrar a éste síndrome, Freudenberger utilizó el término “Burnout”, de esta manera logró explicar el proceso por el cuál sus trabajadores denotaron deterioro de la calidad de los cuidados profesionales y para describir un síndrome particular, asociado a un grupo de estresores relacionados con las tensiones de origen social e interpersonal (Rosales Ricardo, 2012, pp. 795–803).

El término Burnout empezó a ser utilizado en 1977, siendo Christina Maslach quién lo conceptualizó, durante una convención de psicólogos, fue ella quien propuso la siguiente definición: “El Burnout es el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores” (Carrillo-Esper et al., 2012, pp. 579–584).

“También existieron otras postulaciones cómo la de Kyriacou y Sutcliffe (1978): “El síndrome de burnout es la intensificación de la sintomatología propia del estrés, y se manifiesta como un fenómeno psicosocial vinculada a las cuestiones relacionadas al trabajo”. No cabe duda que esta definición va acorde a la propuesta por Maslach en 1977” (Rosales Ricardo, 2012).

Éste término estaría íntimamente relacionado con el estrés crónico dentro del ambiente laboral, con consecuencias personales, las mismas que llegarían a afectar contextos organizacionales.

En la década de los ochenta, los estudios sobre el burnout continuaron, nuevas investigaciones y más estudios se llevaron a cabo. Pero es a finales de la década de los noventa cuando se logran acuerdos básicos relacionados a su análisis, conceptualización, y técnicas. Maslach y Jackson (1981) definen al Burnout, cómo “un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional”. Esta definición pudo ser posible mediante el cuestionario “MASLACH BURNOUT INVENTORY” (MBI) (Olivares-Faúndez, Mena-Miranda, Macía-Sepúlveda, y Jélvez-Wilke, 2014).

Por tal motivo, este concepto abarca desgaste, deterioro y una problemática interna acusada. El gran éxito y acogida sobre el término postulado, se debió a que muchos profesionales, asistenciales y no asistenciales, lograban identificarse con los síntomas descritos. El burnout se describió como un problema de múltiples profesiones, que no sólo afectaba la parte laboral o profesional, sino también, la eficacia y producto final del trabajo (Olivares-Faúndez et al., 2014).

La mayor parte de los teóricos de esa época, concordaron en que el síndrome debe ser identificado de forma clara, para que no se lo pudiera confundir con otros constructos psicológicos (Olivares-Faúndez et al., 2014).

“Gil-Monte y Peiró (1997), postula un modelo explicativo general sobre el síndrome, y Manassero y cols (2003), Ramos (1999), Matterson e Ivansevich (1997) y Leiter (1988) postulan modelos sobre estrategias y técnicas de intervención, considerados de valiosa importancia en la actualidad” (Olivares-Faúndez et al., 2014).

Dejando atrás el hecho de los avances desarrollados en diversos campos, aún concurren ciertas interpretaciones sobre el Burnout y sobre las intervenciones apropiadas para corregirlo. Con el paso del tiempo y los avances que ha habido en diversas áreas, se ha clarificado la naturaleza del síndrome, contando con una mayor claridad y delimitación de las características.

Maslach, Schaufeli y Leiter mediante su trabajo de investigación lograron identificar cinco elementos comunes del síndrome: Predominio de síntomas disfóricos tales como fatiga emocional y conductual y depresión, hay un énfasis en síntomas mentales o conductuales; es un síndrome que sólo aparece en contextos de trabajo pues los síntomas se manifiestan en personas normales que no han sufrido antes de psicopatologías, el desempeño del trabajo deficiente ocurre por actitudes y conductas negativas. También se ha aclarado que esta patología sería producto del estrés y que

tendería a no aparecer de forma instantánea sino que respondería a un proceso continuo (Olivares-Faúndez et al., 2014).

En la actualidad se ha obtenido un concepto más refinado, el mismo que ha sido aceptado favorablemente dentro de la comunidad académica y científica. Ésta definición se debe al análisis factorial de los resultados que lograron Maslach y Jackson, por medio de la aplicación del MBI (Maslach y Jackson, 2012) a distintas muestras. Es por ello que se lo define como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal, que aparecería en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial. Dichos factores son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” (Maslach y Jackson, 2012).

1.2. Desarrollo y fases del “Burnout”.

Según Golembiewski y Muzenrider (1989), el burnout es considerado como un proceso continuo, con un inicio bastante insidioso y paulatino. Estos autores lograron distinguir tres fases del “Burnout”. La fase 1, se relaciona al primero momento, donde las demandas dentro del trabajo rebasan los recursos disponibles tanto como materiales y humanos. En la fase 2 ya se distingue un sobre-esfuerzo del individuo como una respuesta a este desajuste con apariciones de episodios de fatiga y ansiedad. En la última fase, existe un cambio actitudinal y conductual como mecanismo de defensa a las tensiones experimentadas, instaurando así al Burnout como tal, y de esta manera vendría a posicionarse como una respuesta a una situación laboral insoportable (Domínguez Sánchez, 2014).

Existen otros modelos como el Modelo Procesual de Leiter, éste se inicia como una secuencia al modelo planteado por Leiter y Maslach (1988), donde establece al Burnout como “un proceso que inicia con un desequilibrio entre demandas organizacionales y recursos personales produciendo cansancio emocional y culminando en despersonalización”. Éste autor plantea tres dimensiones que explicarían la evolución de éste síndrome.

La primera dimensión estaría relacionada directamente con el agotamiento emocional, refiriéndose a la fatiga y pérdida progresiva de energía. Por segunda dimensión tenemos

a la despersonalización que refiere una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y el agotamiento, implicando, actitudes y sentimientos cínicos hacia los propios clientes que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia individuos que prestan sus servicios. En la tercera dimensión tenemos a la dificultad para la realización personal dentro del ambiente laboral, en ésta parte se presenta un deterioro del auto concepto junto a sensaciones de inadecuación, insuficiencia y desconfianza en sus habilidades (Domínguez Sánchez, 2014).

Gil Monte, Pieró y Valcárcel (1995), proponen un modelo de tipo integrados donde postulan que las cogniciones de los individuos influyen en sus conductas y percepciones, así mismo, dichas cogniciones se pueden ver afectadas por los efectos de sus conductas y acumulo de consecuencias observadas. Por ende, el auto concepto de las capacidades del individuo determinará el esfuerzo y dedicación para alcanzar sus objetivos y sus reacciones emocionales. Gil-Monte y Cols, apoyan la tridimensionalidad del Burnout, y sugieren una relación distinta entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Es así, que este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficiencia del afrontamiento. Manzano, por otra parte, apoya a este modelo tridimensional, pero plantea una secuencia un poco distinta. Para la aparición de éste síndrome, primero aparece la baja realización personal para avanzar y continuar junto al cansancio emocional, debido a la cronicidad de estas dimensiones, el individuo desarrolla la despersonalización (Villalva, 2012).

Hatinen y cols (2004), proponen, a partir de estudios empíricos sobre los patrones del Burnout, una secuencia de desarrollo de sus síntomas. Estos autores explican que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del Burnout, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representan las fases más avanzadas (Dominguez, 2012).

1.3. Consecuencias del burnout en profesionales de la salud.

La medicina es una ciencia muy compleja e interesante que demanda tiempo y esfuerzo, los profesionales de la salud, sean estos, médicos o enfermeras, no están exentos de padecer sobrecarga laboral, sino por el contrario son los más propensos a padecer trastornos físicos y psicológicos debido a las jornadas laborales. Determinadas características estresantes de las condiciones de trabajo médicas están frecuentemente relacionadas con un amplio rango de síntomas físicos y psíquicos que repercuten en la salud del profesional médico, en la propia organización, en la satisfacción laboral, y en la calidad asistencial prestada. Como, por ejemplo, la relación con sus pacientes, familiares, contacto con la muerte y el dolor, responsabilidad sobre la salud de terceros, turnos, carga laboral, presión social. Las consecuencias de este estrés laboral desencadenan desgaste profesional (Bianchini, 2013).

1.3.1. En la salud.

Las consecuencias del exceso de trabajo en los profesionales de la salud, no solo reduce la calidad de tiempo familiar y de vida social, éste exceso laboral también ocasiona daños físicos. Cuando el tiempo de trabajo sobrepasa las 55 horas semanales, que es el caso en muchos de nuestros profesionales médicos, podría ocasionar daños en el corazón, cómo accidentes cardiovasculares e incluso podría llegar a causar daños cerebrovasculares, por la falta de descanso en comparación a aquellos profesionales que laboran una jornada de 35 a 40 horas semanales. “A la larga el desgaste o cansancio llegan a mostrar síntomas ya que podría presentarse una baja laboral, reduciendo, así mismo la productividad y eficiencia del profesional de la salud” (Bianchini, 2013).

Los profesionales con mucha carga laboral, menciona Galve, suelen ser de carácter responsable y con un compromiso laboral fuerte, por ende, que suelen reducir sus síntomas porque no pueden permitirse abandonar su puesto de trabajo por la responsabilidad que este implica (Bianchini, 2013).

1.3.2. En el trabajo.

Los profesionales que laboran durante una jornada de 35 a 40 horas, suelen ser más productivos y eficientes que aquellos con sobrecarga laboral, debido al hecho, que el laborar por un periodo extenso de tiempo suele perjudicar directamente la calidad de trabajo del mismo, al igual que su nivel de eficiencia (Bianchini, 2013).

Es por esto, que no se recomienda laborar más de 40 horas semanales ya que con el tiempo, genera desgaste energético y por ende problemas laborales. En el caso de los profesionales de la salud, ellos son quienes, presentan mayor desgaste, el trabajo de éstos profesionales es muy delicado, y al no tener un descanso adecuado, podría presentar serios problemas ya que su labor correcta y eficiente es indispensable para la vida de sus pacientes (Bianchini, 2013).

1.3.3. En la familia.

Dentro del ámbito familiar, los profesionales de la salud, debido a sus jornadas laborales, turnos y emergencias, se cohiben de muchos momentos familiares íntimos. (Maslach y Jackson, 2012).

El burnout llega a presentar efectos negativos también a nivel familiar, llegando a dañar al entorno del individuo. Estas personas suelen sentirse tensos, desajustados y cansado físicamente, presenta desgaste energético el mismo que llega a producir problemas los mismos que no pueden ser resueltos de forma racional. Cómo estos individuos se encuentran absorbidos por sus trabajos, se encuentran menos preparados para ayudar a otros deseando mucha de las veces estar solo, afectando de forma directa a tus cercanos. Estos individuos se encuentran incapaces de involucrarse en la familia, y ven como agresivos y demandantes de demasiada atención a los miembros de la familia, y estos son vistos cómo personas apáticas que no dan atención. Las personas que presentan burnout tienden a no comentar nada referente al trabajo, por el mismo motivo que la comunicación se reduce. En algunas ocasiones llevan trabaja a casa o tienen guardias que les obliga a desempeñarse por mayor tiempo laboralmente dentro del entorno laboral (Maslach y Jackson, 2012).

1.4. Modelos explicativos del burnout.

1.4.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

1.4.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

Harrison (1983) toma al Burnout como una función de la competencia percibida, y basándose en ello, propone el modelo de competencia social. Según Harrison, los profesionales que laboran en el ámbito de servicios de ayuda, son los que se encuentran mayormente motivados para ayudar al prójimo y poseen altos niveles de altruismo. Dentro de sus ambientes laborales hallan factores que facilitan la actividad y también factores barrera que la hacen difícil. Por mencionar algunos de estos factores: “Valores de la institución, ambigüedad de rol, recursos y su disponibilidad, sobrecarga laboral, entre otros” (Gil-Monte, 2012).

Basados en este modelo, la eficacia laboral va a depender mayoritariamente en la motivación que presente el individuo, de forma que a mayor motivación mayor eficacia laboral. Si en el ambiente laboral se encuentran factores de ayuda, estos influenciarán y harán que la efectividad crezca y aumentará el sentimiento de competencia social del trabajador, estos sentimientos podrían ser considerados como un factor de ayuda, de modo que aumentarán la eficacia e influenciarán positivamente en la motivación para ayudar. En cambio, cuando los profesionales hallan factores barrera, estos sentimientos de eficacia tienden a disminuir, ya que no logra conseguir sus objetivos afectando directamente a la esperanza de conseguirlos. Si persiste esta situación a lo largo del tiempo se origina el síndrome de burnout, el mismo que influye en desarrollar factores barrera los que disminuyen la eficacia percibida y motivación para ayudar (Gil-Monte, 2012, págs. 1-8).

Harrison (1989) menciona que este modelo es aplicable a los profesionales que en el transcurso de su carrera han hecho que sus expectativas sean muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales y pretenden ayudar a los demás en contextos donde la motivación no es único que se requiere para alcanzar el éxito (Gil-Monte, 2012, págs. 1-8).

1.4.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Cherniss (1993) postula un modelo donde las características del ambiente que son las que permiten que el profesional desarrolle sentimientos de éxito van de la mano a las características institucionales que ayudan a la prevención del Burnout; poniéndolo en otros términos: “Elevado nivel de desafío, control, autonomía, retroalimentación de los resultados y apoyo social de los superiores e iguales” (Moreno, 2013).

Éste modelo permite instaurar una relación causal desde la incapacidad del trabajador para desarrollar sentimientos de competencia y el síndrome de Burnout. “Para esto, Cherniss (1993) añade la noción de “autoeficacia percibida” de Bandura (1989), que se entiende como las creencias que los individuos poseen sobre sus propias capacidades de ejercer control sobre situaciones que les afectan” (Moreno, 2013).

Los profesionales con altos sentimientos de autoeficacia percibida presentan menos estrés en situaciones amenazantes, y dichas situaciones se convierten en menos estresantes cuando los individuos creen poder afrontarlas de forma efectiva y positiva. El cumplimiento de objetivos personales permite incrementar los sentimientos de autoeficacia, mientras que el estancamiento en cumplir objetivos ocasiona sentimientos de fracaso y baja eficacia dando lugar, al desarrollo del síndrome de burnout (Moreno, 2013).

1.4.1.3. Modelo de Pines.

Pines (1993) postuló un modelo bastante parecido al de Harrison, salvo con la excepción de que añade la idea de que los individuos que le dan un sentido existencial a su labor diaria llegarían al burnout. El hecho de darle sentido existencial es más de carácter humanitario y hace que la vida tenga sentido para el trabajador, debido a que la rutina laboral diaria llega a ser útil e importante. Pines (1993) señala, además que “el burnout se desarrollará en los individuos que mantengan objetivos muy altos en su vida profesional y presenten grandes expectativas”. De esta manera, los individuos con altas expectativas y elevada motivación que se encuentren identificados con su trabajo, de manera existencial, cuando fracasan en la obtención de sus objetivos, se frustran y sienten la imposibilidad de realizar una contribución significativa a la vida, desarrollando, de esta manera, el síndrome de Burnout. Por el contrario, si un individuo no presenta motivación en un inicio, éste podría sólo experimentar estrés, alineación, depresión o fatiga, pero no Burnout (Moreno, 2013).

1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.

Thompson, Page y Cooper (1993) presentan la causa del burnout en cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza. (Moreno, 2013).

La autoconciencia es crucial para referirnos a la causa del síndrome. Ésta variable podría ser considerada como un rasgo de personalidad, y se constituye como la capacidad de los individuos de autorregular sus niveles de estrés durante la realización de una tarea encaminada a la consecución de un objetivo. Los individuos que puntúan alto en autoconciencia tienden a auto percibirse de una forma exagerada y a concentrarse en su experiencia de estrés, es por éstos que estos individuos perciben mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia (Bianchini, 2013).

Se postula que el reconocimiento de diferencias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos podrán incrementar el nivel de autoconciencia en algunos individuos, lo que conlleva a efectos negativos en su estado de ánimo, que en lo posterior redundará en falta de confianza percibida para la resolución de diferencias, y en niveles bajos de realización personal en el ámbito laboral (Carrillo-Esper et al., 2012, pp. 579–584).

Si la obtención de objetivos asoma continuamente frustrada, los individuos con niveles elevados en el riesgo de autoconciencia y pesimismo resolverían las dificultades retirándose mental o conductualmente del conflicto (Carrillo-Esper et al., 2012, pp. 579–584).

El retiro conductual de los individuos es percibido como una tendencia a alejarse gradualmente de los intentos de reducir las dificultades percibidas en la realización de los objetivos profesionales. En este punto, las conductas de despersonalización son consideradas como un modelo de retiro conductual. En el caso de que los individuos no lograsen desarrollar conductas de abandono, presentarían sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional (Carrillo-Esper et al., 2012, pp. 579–584).

El predominio de patrones intensos de autoconciencia y pesimismo en los individuos de servicios de ayuda que permanecen en sus profesiones, incrementan el retiro de esfuerzo, el cual debería ser invertido en la resolución de conflictos, lo que denota en una manera de distanciamiento frente a la experiencia o riesgo de experimentar emociones negativas (Dominguez, 2012, pág. 35).

También se menciona que elevados niveles de autoconciencia incrementan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida. Por otro lado, la predisposición a adecuarse a unas expectativas más optimistas y positivas de éxito en la resolución de conflictos, puede reforzar la confianza de los trabajadores en su habilidad para reducirlas, y así promover su persistencia en los intentos de reducir la discrepancia (Gil-Monte, 2012, págs. 1-8).

1.4.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.

1.4.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

Buunk y Schaufeli (1993) postulan su modelo del síndrome de burnout basados en profesionales de la salud (enfermería), refiriéndose sobre una doble causa dentro de éste campo profesional: por una parte, los pacientes y el intercambio social que son parte inédita de esta rama y, por otra parte, tenemos a la comparación entre iguales y procesos de afiliación. Dentro del intercambio social, los profesionales de la salud manifiestan tres variables de carácter estresor las mismas que son: incertidumbre, percepción de equidad y falta de control. La primera de estas se refiere a la falta de iluminación sobre lo que uno siente o piensa sobre cómo actúa. La segunda, manifiesta al equilibrio percibido entre lo que los individuos dan y lo que reciben en el lapso de sus relaciones. Por último, la falta de control, la cual señala la posibilidad del individuo de controlar los resultados de sus acciones dentro del ambiente laboral (Dominguez, 2012).

Los profesionales de la rama de la salud, continuamente presentan incertidumbre, sobre todo por su implicación directa con los pacientes, dudando sobre sus aptitudes y capacidades al momento de lidiar con sus problemas y sienten inseguridad sobre la forma en que manejan los casos, y si los mismos son atendidos adecuadamente. Es más, muchas de las veces las expectativas de recompensa y equidad se frustran, debido a que los pacientes suelen presentarse en estados de ansiedad y preocupación, los mismos que interfieren e impiden una interacción gratificante. Con respecto a los procesos de afiliación, ésta rama de profesionales, no buscan una red social cercana en situaciones de estrés, por el contrario, prefieren evitar la presencia de sus iguales y rehúyen su apoyo, por temor a la crítica (Dominguez, 2012).

1.4.2.2. Modelos de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

Hobfoll y Fredy (1993) señalan que uno de los motivos por los cuales el estrés se presenta es por hecho de que sus motivaciones se encuentran amenazadas o frustradas. Sus recursos se encuentran amenazados por estresores laborales los mismos que logran generar en los profesionales sentimientos de inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar sus objetivos. Hobfoll y Fredy (1993) enfatizan la relevancia de las relaciones con sus superiores, iguales y personas a las cuales va dirigido el trabajo, las mismas que se podrían ver afectadas cómo fuentes de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia (Moreno, 2013).

El esfuerzo continuo para evitar la pérdida de recurso, es fundamental en éste modelo, ya que los individuos prefieren poseer niveles mínimos que conseguir recursos adicionales. En este punto, la pérdida de recursos es considerada de mayor relevancia que la ganancia para el desarrollo del Burnout. Por obvias razones, la ganancia es importante ya que disminuiría la posibilidad de pérdida. La estrategia de afrontamiento que use el trabajador también influirá sobre el síndrome burnout (Moreno, 2013).

Éste modelo de tipo motivacional, dependerá de estrategias de afrontamiento de carácter activo que disminuirá los sentimientos de burnout y aumentaría la ganancia de recursos (Moreno, 2013).

Por la parte de prevención, éste modelo sugiere la consecución de recursos, los mismos, que permitan un desempeño eficaz en el ambiente laboral y, en menor medida, cambiar las percepciones y cogniciones de los individuos. Si los individuos lograsen evadir la pérdida de recursos y aumentar los que ya tienen, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva, y por ende, los niveles de estrés y el síndrome de burnout disminuirán (Moreno, 2013).

1.4.3. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

1.4.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Golembiewski, Munzender y Carter (1983) postulan que el burnout es un proceso donde el compromiso inicial de los individuos para con su trabajo se ve afectado y disminuido, como forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que presentan.

Dentro de éste modelo, se plantea que la sobrecarga laboral es la cual genera estrés, y debido a esto los profesionales presentan sentimientos de pérdida de autonomía y de control que generan una disminución de su autoimagen, sentimientos de irritabilidad y fatiga.

El distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante, se considerada una estrategia que el mismo desarrolla en una segunda fase del proceso de estrés. Éste distanciamiento puede ser catalogado de dos maneras, puede ser de tipo constructivo, este es posible cuando el individuo no se inmiscuye en el problema del usuario, aunque le atiende y sin eliminar la empatía, por otro lado, tenemos el de tipo contra productivo, este se presenta cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, etc. En éste caso último se habla de un síndrome burnout, debido al distanciamiento de tipo contra productivo se corresponde la variable conceptualizada como actitudes de despersonalización (Bianchini, 2013).

En un inicio, el individuo, dentro de su ambiente laboral, trata de dar solución a conflictos de manera constructiva, sin embargo, la persistencia de sobrecarga laboral o pobreza de rol, le acarrear a tratar a los demás cómo objetos. Debido a esto, el profesional desarrolla actitudes de despersonalización, que se consideran dentro de la fase primera del síndrome de burnout. Posterior a esta fase, el profesional desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo y en el futuro agotamiento emocional. En las fases avanzadas del síndrome, el trabajador puede presentar disminución de su satisfacción labora, implicación en el trabajo y realización laboral, es por esto, que en lo posterior podría presentar pérdida de la productividad, y experimentar episodios de tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Bianchi, Schonfeld, y Laurent, 2015).

1.4.3.2. Modelo de Winnubst.

Winnubst (1993) postula que la aparición del burnout, no sólo afecta a los profesionales de servicios de ayuda, sino, a todos los que se encuentren inmiscuidos en cualquiera que fuera su profesión (Bianchini, 2013, págs. 1-6).

El modelo de Winnubst se enfoca en la estructura organizacional, la cultura, el clima y el apoyo social dentro del ambiente laboral, los mismos que serían los responsables de ocasionar el síndrome burnout. Winnubst postula que los diferentes tipos de estructura dan lugar a cultural organizacionales diferentes, es decir, una burocracia mecánica caracterizada por la estandarización del trabajo y la formalización, refuerza el profesionalismo y la conformidad a las normas. Sin embargo, “una burocracia profesionalizada, que se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización, refuerza la creatividad y la autonomía” (Winnubst, 1993).

Los antecedentes que éste síndrome podría presentar son de diferente índole y dependen del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

Si nos referimos a las burocracias mecánicas, la rutina y factores similares cómo la monotonía, falta de control, generan agotamiento emocional en mismo que es la causa principal para la aparición de éste síndrome. Al referirnos de las burocracias profesionalizadas, la relativa laxitud genera una confrontación continua con las personas dentro de la organización, desarrollando, de esta manera disfunciones en el rol y conflictos interpersonales, los mismos que son los causantes de la aparición del burnout.

Existe una íntima relación entre los sistemas de apoyo y el tipo de estructura organizacional. La comunicación es vertical y la jerarquía y autoridad son prioritarios cuando nos referimos a una burocracia mecánica. El apoyo social, en su mayoría, es de tipo instrumental. No obstante, en las burocracias profesionalizadas, el trabajo es más en equipo y la dirección son más relevantes, y el flujo de comunicación es horizontal en su mayoría. El apoyo social en éste tipo de burocracias es de tipo emocional e informal. Y, por ende, que la percepción que el individuo tiene sobre la estructura organizacional se puede ver afectada de manera significativa.

En base a lo mencionado, Winnubst fabrica su modelo sobre cuatro supuestos:

- Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
- Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
- Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
- Estos criterios hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de *burnout*.

Es por lo antes mencionado, que la variable de apoyo social se considera, dentro de éste modelo, cómo una variable central de cara a su influencia directa sobre el síndrome de burnout.

1.4.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Una nueva perspectiva de tipo transaccional que se manifiesta entre profesionales de los servicios humanos es la que aborda el síndrome de burnout desde el modelo de Cox, Kuk y Leiter (Bianchi et al., 2015).

Para estos autores, el burnout es un mal manejo de estrategias de afrontamiento que no resultan eficaces para el manejo del estrés laboral y sus efectos (Bianchi et al., 2015).

Éste modelo presenta dos tipos de variable, las mismas que incluyen “sentirse gastado y “sentirse presionado y tenso”. La primera variable, incluye, sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional; mientras que la segunda variable implica: sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad. Las variables antes mencionadas, se las considera como respuestas al estrés laboral y son relacionadas directamente con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador y finalmente, con los respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador (Bianchi et al., 2015).

Cox, Kuk y Leiter (1993) manifiestan que la parte central del síndrome Burnout está ligado por completo al agotamiento emocional. El mismo que se encuentra relacionado con “sentirse

gastado”, y es catalogado como una respuesta general que abarca variables tanto emocionales como de bienestar (Bianchini, 2013).

Frente a los sentimientos de agotamiento emocional, la despersonalización surge como un tipo de afrontamiento, mientras que la parte relacionada a sentimientos de baja realización en el trabajo, son catalogados como resultados de la evaluación cognitiva del individuo sobre su experiencia de estrés, y se relacionan con el significado del trabajo y expectativas laborales frustradas (Bianchi et al., 2015).

También postulan, la idea de que la relación estrés-síndrome burnout, están estrechamente ligadas a la salud organizacional. La salud organizacional, se encuentra determinada por el ajuste, coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por las políticas y procedimientos organizacionales, los mismos que deben ser vistos de forma coherente por sus miembros. De la misma manera, sugieren que la realización personal dentro del ambiente laboral, podría actuar de manera que module los efectos que el agotamiento emocional ejerce sobre actitudes de despersonalización (Olvera-Islas, Téllez-Villagra, y Avilés, 2015).

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

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

El modelo tridimensional de MBI-HSS de Maslach y Jackson (1981, 1986) está conformado por 22 ítems, los mismos que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados. En la versión original e inicial, la misma constaba de dos formas: La primera de frecuencia y la segunda de intensidad, las interrogantes a desarrollar eran relativas a sentimientos y pensamientos basados en el ambiente laboral y desempeño en el mismo (Maslach, Jackson, y Leiter, 1997; Soto Cárdenas, 2017).

Este modelo, como su nombre lo dice, se divide en tres subescalas, las mismas que son las encargadas de medir, tres constructos: agotamiento emocional con nueve ítem, despersonalización con cinco ítems y finalmente realización personal con ocho ítems, de las mismas que de obtener puntuaciones estimadas como baja, media o alta (Maslach et al., 1997).

En 1996, Maslach presenta tres versiones, la primera y en la cual se basa el presente trabajo es el MBI Human Services Survey (MBI-HSS), la misma que se dirige a los profesionales de servicios humanos. Esta versión se compone por 22 ítems distribuyéndose en tres escalas, las

mismas que evalúan la frecuencia con que los profesionales divisan la baja realización personal en el ambiente laboral (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y despersonalización (5 ítems).

“El MBI-HSS es considerado como un instrumento bastante aventajado, el mismo que internacionalmente ha tenido una gran acogida, y el mismo ha tenido una gran acogida en países de América Latina, la Unión Europea y USA” (Maldonado González, 2017). Esto supone una ventaja, debido al hecho, que accede a la comparación de resultados y en lo posterior la elaboración de estrategias de prevención y tratamiento del síndrome, impulsando, así mismo, el desarrollo de adaptaciones del cuestionario (Jirón Jiménez, 2017).

1.4.5. Modelo de la teoría estructural.

Los modelos de la teoría estructural se basan en antecedentes interpersonales, personales y organizacionales, para poder darle explicación a la etiología del síndrome Burnout y abarcarla de forma completa. Los mismos se encuentran basados en modelos transaccionales, que plantean que el estrés es una consecuencia de una ausencia de equilibrio de la percepción entre la capacidad de respuesta del individuo y las demandas (Japa Guzmán, 2017).

1.4.6. Modelo de Gil Monte.

Existen diversas variables que explican a este modelo, entre ellas tenemos: la variable de tipo organizacional, personal y las estrategias de afrontamiento. Éste modelo plantea que el Burnout es una respuesta al estrés laboral y se manifiesta inicialmente como resultado de un proceso de reevaluación cuando la respuesta al mismo es inadecuada. El resultado envuelve a una variable que media entre el estrés percibido y sus consecuencias, presentando como muestra, la baja satisfacción laboral y la falta de salud (Japa Guzmán, 2017).

1.5. Prevalencia del burnout en profesionales de la salud.

Según una investigación que se llevó a cabo en la Universidad Autónoma de México donde determinaron la prevalencia de Burnout en los trabajadores de un centro de salud, incluyeron a 53 profesionales de la salud, en el ajuste a percentiles 22.5% se pudo distinguir un nivel de Burnout alto y muy alto para el constructor de “cinismo”; 20.6% para “ineficiencia personal” y 24.4% para “agotamiento. La prevalencia de éste síndrome de la muestra investigada arroja que aproximadamente la cuarta parte del personal de la salud presenta este síndrome (Olvera-Islas et al., 2015).

Otra investigación que se llevó a cabo en España en el 2015, los niveles de burnout de los trabajadores que se tomó como muestra, se encontraron elevados, siendo grave la prevalencia en administrativos y médicos de familia con 3 a 5 veces más riesgo de padecer el síndrome respecto a enfermería. Estos niveles elevados se reflejan en la salud mental de los trabajadores, y en lo posterior realizaron terapia mixta (Navarro y Ayechu, 2015).

1.6. Importancia del estudio del burnout.

El burnout, también denominado Síndrome de agotamiento profesional, su estudio es de vital importancia dentro del ambiente laboral, el desarrollo de éste síndrome causa detrimento en la salud mental, y podría afectar en lo posterior con síntomas físicos. Se define como respuesta al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia el personal que labora, rol profesional, así como experimentar agotamiento constantemente.

Éste síndrome se presente en profesionales de la salud con mayor frecuencia, especialmente a aquellos profesionales que labora en organizaciones de servicios y que se encuentran en contacto directo con personas que se encuentran en situación de dependencia (Navarro y Ayechu, 2015).

La importancia de la detección temprana del síndrome de burnout radica en el que el profesional de la salud, tendría beneficios para laborar en un ambiente más confortable y podría desenvolverse de una manera más adecuada. Además, de brindar una atención más integral a los pacientes con diagnósticos más precisos y resultados más óptimos

El Burnout es un síndrome que presenta consecuencias no solo en la esfera laboral, sino también en el ámbito personal y familiar, y es por eso que su detección temprana es primordial y por ende, es necesario implementar los programas de prevención y el diseño de estrategias para el manejo adecuado del estrés (Navarro y Ayechu, 2015, pp. 1–8).

CAPITULO 2.
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

- Identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras en una institución pública ubicada en el centro de la ciudad de Loja, durante el año 2017-2018.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar la caracterización de la muestra sociodemográfico y laboral investigada de un hospital de alto flujo de pacientes.
- Determinar las dimensiones del burnout en la muestra investigada de un hospital de alta complejidad.
- Identificar el malestar emocional de la muestra investigada identificando factores asociados y causales pertenecientes a éste síndrome.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de la institución pública y mediante los mismos analizar su influencia en el desarrollo del síndrome de Burnout (SBO).

2.2. Preguntas de investigación.

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

2.3. Contexto de la investigación.

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de una institución de salud pública ubicada en el centro de la ciudad de Loja, la cual presta servicios de alto nivel en lo científico, tecnológico y humano. Esta entidad ofrece: consulta externa, laboratorio, cirugía, farmacia, fisioterapia, rayos X, ginecología, odontología, psicología, entre otros. Cuenta con modernos equipamientos e instrumentos médicos, además las instalaciones son amplias y actualizadas para prestar un servicio oportuno y de calidad. Los profesionales que prestan sus servicios en tan prestigiosa institución son en gran medida capacitados y eficientes, su entrega profesional afianza lazos con los pacientes lo cual fácilmente se puede evidenciar por la entrega y respeto hacia ellos.

2.4. Diseño de investigación.

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, el cual toma por objeto esencial la familiarización con un tema desconocido o escasamente estudiado, analiza información desde otros aspectos con el fin de elaborar estudios de mayor profundidad y tener mejores resultados de la investigación (Muñoz Aguirre, 2011).

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: cuantitativa, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica y la medición de variables está sujeta a instrumentos confiables y precisos, no experimental ya que el estudio se lo realizó sin trabajar, manipular, direccionar o intervenir en las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, transaccional (transversal) pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, descriptivo porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, exploratorio en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo y correlacional puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

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

2.5. Muestra.

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

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 profesionales de la salud (17 médicos/as y 23 enfermeros/as), sin embargo, en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 34 profesionales de la salud (17 médicos/as y 17 enfermeras) de una institución de salud pública ubicada en el centro de la ciudad de Loja, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

- Criterios de inclusión: Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar consentimiento informado.
- Criterios de exclusión: Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina, no firmar el consentimiento informado.

2.6. Procedimiento.

El desarrollo de esta investigación se realizó siguiendo el siguiente orden:

- Por medio de una solicitud elaborada por la UTPL se solicitó el permiso respectivo hacia el director del hospital público donde toma lugar esta investigación.
- Luego de obtener la aceptación por parte del director, se establecieron horarios para las aplicaciones de los instrumentos, en consideración a esto se procedió a pedir un listado de los médicos y enfermeras que laboran en dicho lugar, y adjunto el horario de trabajo del personal médico y enfermeras.
- Se procedió a hablar personalmente con cada uno de los miembros y se les dio a conocer el objetivo de la investigación, a quienes aceptaron participar se les pidió el consentimiento informado y se dio una explicación breve de los instrumentos para que su realización sea la adecuada.
- Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el

procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

2.7. Instrumentos.

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

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

Enfocado en obtener 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).

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

En lo que respecta al inventario de burnout de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa las tres dimensiones del burnout: a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo), b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral), c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo), este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

Este instrumento está constituido por 22 ítems: agotamiento emocional, compuesta por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización, compuesta por 5 ítems (5,10,11,15,22) y realización personal, compuesta por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del burnout se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

En cuanto a las propiedades psicométricas, el cuestionario es óptimo si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9 (González Barón, Lacasta Reverte, y Ordóñez Gallego, 2008).

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

Este es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer como la persona aprecia su estado de salud. Está compuesto por 28 ítems utilizados para comprobar la existencia de problemas psiquiátricos menores y estado de la salud mental del encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría, y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro sub-escalas:

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

Esta escala multidimensional, está compuesto por 28 ítems, tiene como objetivo conocer las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas. (Vargas-Manzanares, Sandra Paola, Herrera-Olaya, Gina Paola, Rodríguez-García, Laura, Sepúlveda-Carrillo, 2010) los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- Auto-distracción: Centrarse en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema, poder afrontarla.
- Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.

- Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- Religión: Refugio en espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997).

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

El cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Steward en 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina (2005), es auto administrado y consta de 20 ítems utilizados para conocer la extensión de la red social que posee la persona, utiliza una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96. Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

- Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.
- Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.
- Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

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

El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones es: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín et al., 2002).

CAPITULO 3.
RESULTADOS Y ANALISIS

3.1. Muestra.

Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones. Teniendo cómo muestra invitada la participación de 17 médicos y 23 enfermeras.

Tabla 1. Muestra.

	Médicos	Enfermeros
Muestra Invitada	17	23
Muestra real	17	17

Fuente: Toa Forootan.

Elaboración: Toa Forootan.

3.2. Análisis de datos.

3.2.1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.

Las características sociodemográficas obtenidos en el levantamiento de información se desarrolla a continuación:

Tabla 2. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	8,0	47,1	1,0	5,6
Mujer	9,0	52,9	17,0	94,4
Edad				
<i>M</i>	38,2		39,3	
<i>DT</i>	8,8		10,2	
Max	55,0		57,0	
Min	28,0		26,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	2,1		1,6	
<i>DT</i>	1,4		1,0	
Max	5,0		3,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	15,0	88,2	18,0	100,0
Blanco/a	1,0	5,9	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	1,0	5,9	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	6,0	35,3	6,0	33,3
Casado/a	9,0	52,9	9,0	50,0
Viudo/a	1,0	5,9	1,0	5,6
Divorciado/a	1,0	5,9	0,0	0,0
Unión libre	0,0	0,0	2,0	11,1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Toa Forootan

Respecto a los datos obtenidos del personal médico, se obtuvo mayor aceptación por parte de las mujeres con el 52,9% y de hombres con el 47,1%, mientras que en el personal de enfermería tuvo mayor aceptación por parte de las mujeres con un 94,4%, y por parte de los hombres del 5,6%, debido a que mayoritariamente el personal de enfermería está compuesto por mujeres, el total de participantes basándose en la muestra real es del 50% de médicos y 50% de enfermeras; la edad promedio de los médicos/as es de 38,2 años, mientras que de las enfermeras/ros es de 39,3 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 2,1, mientras que del personal de enfermería es de 1,6. La etnia que prevalece en los dos grupos es la mestiza, 88,2% en médicos/as y 100% en enfermeras/os. En estado civil 35,3% del personal médico son solteros/as, 52,9% casados, 5,9% viudos/as y 5,9% divorciados/as. En estado civil 33,3% del personal de enfermería son solteros/as, 50% casados, 5,6% viudos/as y 11,1% en unión libre.

3.2.2. Características laborales de los profesionales de la salud.

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en ambos grupos oscila entre 1001 a 2000 dólares, siendo para médicos el 70,6% y para enfermeras del 72,2%. En experiencia laboral del personal médico la media fue de 11,4 años, mientras que en enfermeras fue 13,2 años. El sector en el que laboran completamente es el público siendo de 100% tanto para médicos como enfermeras. El tipo de contrato que prevaleció es el ocasional con 52,9% para médicos y 38,9% en enfermeras. El número promedio de pacientes que atienden a diario médicos/as es de 22,4, con una atención mínima de 6 y máximo de 40; mientras que las enfermeras atienden a un promedio de 33,6 de personas que acuden a consulta diarias, atendiendo a un mínimo de 5 personas, y un máximo de 130. En referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos/as en un 47,1% indican que medianamente el establecimiento les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo, mientras que las enfermeras/os en un 55,6% indican que el establecimiento les provee los recursos indispensables para la realización de su trabajo. El personal médico en un 76,5% realizan turnos, mientras que las enfermeras/os en un 94,4% realizan turnos.

Tabla 3. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/s		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	1,0	5,9	4,0	22,2
1001 a 2000	12,0	70,6	13,0	72,2
2001 a 3000	3,0	17,6	0,0	0,0
3001 a 4000	0,0	0,0	1,0	5,6
4001 a 5000	1,0	5,9	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	11,4		13,2	
<i>DT</i>	7,2		10,6	
Max	25,0		34,0	
Min	2,0		2,0	
Sector en el que trabaja				
Público	17,0	100,0	18,0	100,0
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	0,0	0,0	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	0,0	0,0	0,0	0,0
Ocasional	9,0	52,9	7,0	38,9
Plazo fijo	2,0	11,8	4,0	22,2
Nombramiento	6,0	35,3	6,0	33,3
Servicios profesionales	0,0	0,0	1,0	5,6
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	22,4		33,6	
<i>DT</i>	9,6		32,6	
Max	40,0		130,0	
Min	6,0		5,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	7,0	41,2	10,0	55,6
Mediadamente	8,0	47,1	7,0	38,9
Poco	2,0	11,8	0,0	0,0
Nada	0,0	0,0	1,0	5,6
Turnos				
Si	13,0	76,5	17,0	94,4
No	4,0	23,5	1,0	5,6

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Toa Forootan

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

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	11	64,7%	9	50,0%
	Medio	6	35,3%	4	22,2%
	Alto	0	0,0%	5	27,8%
Despersonalización	Bajo	12	70,6%	10	55,6%
	Medio	4	23,5%	6	33,3%
	Alto	1	5,9%	2	11,1%
Realización personal	Alto	9	52,9%	11	61,1%
	Medio	5	29,4%	3	16,7%
	Bajo	3	17,6%	4	22,2%

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

Elaborado por: Toa Forootan

En lo referente al inventario del Síndrome de burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos/as 35,3% obtuvieron un nivel medio, mientras que en la muestra de enfermeras un 27,8% obtuvieron un nivel alto; en despersonalización el 5,9% del personal médico puntuó nivel alto y el 11,1% del personal de enfermería nivel alto; el personal médico consiguió un 17,6% en baja realización personal, en cambio el personal de enfermería se obtuvo 22,2% en nivel bajo de la misma dimensión.

3.2.4. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	17	100,0%	17	94,4%
	Presencia	0	0,0%	1	5,6%

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

Elaborado por: Toa Forootan

Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI se puede determinar que existen 5 casos de burnout en enfermeras que representan el 5,6%, mientras que en la muestra del personal médico no se reporta ningún caso.

3.2.5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	12	70,6%	10	55,6%
	Caso	5	29,4%	8	44,4%
Ansiedad	No caso	10	58,8%	10	55,6%
	Caso	7	41,2%	8	44,4%
Disfuncion social	No caso	17	100,0%	18	100,0%
	Caso	0	0,0%	0	0,0%
Depresión	No caso	15	88,2%	17	94,4%
	Caso	2	11,8%	1	5,6%

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

Elaborado por: Toa Forootan

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos, pero en cuanto a la escala de ansiedad la diferencia entre el personal de salud es mínima puesto que en médicos es de 41,2% y en enfermeras de 44,4%; mientras que en la escala de síntomas somáticos existe una diferencia de 15% debido a que en enfermeras el 44,4% presentan ésta sintomatología y en médicos 29,4%.

3.2.6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1,35	1,58	6,00	,00	1,83	1,79	6,00	,00
Afrontamiento activo	1,35	1,80	6,00	,00	2,22	1,93	5,00	,00
Negación	,41	,87	3,00	,00	,78	1,17	3,00	,00
Uso de sustancias	,29	,69	2,00	,00	,22	,55	2,00	,00
Apoyo emocional	,71	1,21	4,00	,00	,88	1,45	5,00	,00
Apoyo instrumental	1,00	1,41	4,00	,00	2,11	2,11	6,00	,00
Retirada de comportamiento	,82	1,42	5,00	,00	,83	1,15	3,00	,00
Desahogo	,65	,93	3,00	,00	1,00	1,50	4,00	,00
Replanteamiento positivo	,82	1,59	4,00	,00	2,17	2,12	6,00	,00
Planificación	1,65	1,97	5,00	,00	3,00	2,20	6,00	,00
Humor	,76	1,35	4,00	,00	,78	,88	2,00	,00
Aceptación	1,53	1,94	6,00	,00	2,72	2,11	6,00	,00
Religión	1,71	2,26	6,00	,00	2,39	2,43	6,00	,00
Culpa de si mismo	,71	1,21	4,00	,00	,83	1,20	3,00	,00

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

Elaborado por: Toa Forootan

En afrontamiento se observó que, las estrategias que poseen una media más alta en la muestra de los médicos son: Religión (1,71), planificación (1,65), aceptación (1,53), afrontamiento activo (1,35); mientras que en la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: Planificación (3,00), aceptación (2,72), religión (2,39), afrontamiento activo (2,22).

3.2.7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	64,26	25,25	97,50	20,00	82,64	17,71	100,00	42,50
Apoyo instrumental	61,18	30,34	100,00	20,00	80,00	20,51	100,00	30,00
Relaciones sociales	68,82	26,55	100,00	20,00	84,44	19,62	100,00	40,00
Amor y cariño	70,20	28,88	100,00	20,00	87,41	21,19	100,00	26,67

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

Elaborado por: Toa Forootan

En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta es amor y cariño siendo para médicos/as de 70,20% y para personal de enfermería de 87,41%; luego se percibe la escala relaciones sociales para personal médico con una media de 68,82%, mientras que para el personal de enfermería con un 84,44% seguido por apoyo emocional para médicos/as de 64,26% y enfermeras/os 82,64% y finalmente apoyo instrumental con una media para médicos de 61,18%, mientras que para el personal de enfermería con una media de 80,00%.

3.2.8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,12	1,22	4,00	,00	1,72	1,56	6,00	,00
Extroversión	4,88	1,36	6,00	2,00	4,67	1,14	6,00	3,00
Psicoticismo	1,88	1,41	4,00	,00	1,22	,94	3,00	,00

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

Elaborado por: Toa Forootan

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos, con una media de 4,88 para personal médico, mientras que para enfermeras/os 4,67, seguido de psicoticismo con 1,88 para médicos/as y un 1,22 para enfermeras/os y finalmente el rasgo de neuroticismo con 1,12 para el personal médico y un 1,72 para el personal de enfermería.

3.3. Discusión.

El primer objetivo específico de este trabajo fue determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos, etnia y estado civil), laborales (ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato que posee, recursos y turnos) en los 40 médicos/as y enfermeras de una institución pública de la ciudad de Loja durante el año 2017.

Para obtener los resultados de éste estudio se aplicó el Maslach Burnout Inventory, para medir las subescalas de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Tanto en médicos como enfermeras que se encuentran en un medio laboral muy exigente, el mismo que demanda un ritmo acelerado de vida, debido a las exigencias de su estilo laboral podrían desarrollar síndromes tanto físicos como psicológicos. Éste estudio ha determinado la concurrencia del burnout en profesionales de la salud de un hospital de alta movilidad de pacientes. La información obtenida de éste estudio establece criterios de prevalencia de burnout midiendo los tres constructos, teniendo que puntuar alto para categorizarlos con la presencia de éste síndrome, también éste estudio arroja datos de quienes pueden estar en camino al desarrollo del burnout.

El segundo objetivo específico planteado fue determinar las dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en la muestra investigada de un hospital de alta complejidad. En la primera dimensión de agotamiento emocional, obtuvieron diversas puntuaciones, los médicos/as 35,3% en un nivel medio mientras que las enfermeras un 27,8%, en un nivel alto; datos que deben ser considerados y que muestran una diferencia significativa entre ambos grupos, en el caso de los médicos ninguno puntúa alto en éste constructo, sin embargo podrían estar encaminados a dicha puntuación de no tomar un plan preventivo; ésta diferencia se debe a que los médicos se les asigna el número de pacientes que deben atender diariamente y poseen sus propias áreas correctamente equipadas para la atención, sus turnos dentro del hospital no son tan frecuentes lo cual les permite tener actividades extra laborales con mayor frecuencia, de esta manera generar técnicas de afrontamiento más adecuadas. Por otra parte el 27,8% de las enfermeras puntúan alto, a diferencia de los médicos a éste grupo no se les asigna un número a cubrir, sino ellas deben cubrir con la demanda diaria del hospital, sus turnos son frecuentes, lo cual reduce el tiempo para realizar actividades extra laborales e incluso algunas alegan no tener tiempo suficiente para sus familias generando de esta manera sentimientos de frustración y desencadenando en una atención un poco deficiente para los pacientes, en algunos de los casos, se observó la falta de paciencia y prudencia para el trato al paciente y en algunos casos agresividad, ya que debían realizar algunas actividades simultáneamente. Los datos

que arroja éste estudio en la medición de los tres constructos de asemeja con el estudio realizado en Barcelona (Vilà Falgueras et al., 2015). En despersonalización el 5,9% del personal médico puntuó nivel alto, en comparación a un estudio realizado en el 2015 en Barcelona (Vilà Falgueras et al., 2015) dista significativamente, la mayoría del personal médico muestran actitudes amigables y empáticas hacia los pacientes, algunos de ellos muestran una implicación personal positiva en el proceso de su consulta, información que se complementa con los datos arrojados en el estudio. Esto es debido a que el personal médico posee las herramientas necesarias para realizar su labor, el número de horas se redujo al igual que el número de pacientes que atienden diariamente; mientras que el 11,1% del personal de enfermería puntuó nivel alto; éstos datos superan a los arrojados en el personal médico, el personal de enfermería comenta tener mucho trabajo y muchos pacientes que atender, el tiempo de descanso es mínimo y muestran actitudes indiferentes y distantes respecto a los objetivos y utilidad del trabajo que desempeñan, en su mayoría no hay una implicación positiva en el proceso de la tarea, su trabajo es de una forma mecánica y estructurada un poco alejada de los objetivos del hospital, los datos presentaos difieren significativamente con un estudio realizado en el 2015 (Leal-Costa, Díaz-Agea, Tirado-González, Rodríguez-Marín, y van-der Hofstadt, 2015) donde el número de enfermeras que puntúan alto en el constructo de despersonalización lo triplica.

El personal médico consiguió un 17,6% en baja realización personal, mientras que en el personal de enfermería se obtuvo 22,2% en nivel bajo de la misma dimensión comparándolo con un estudio recientemente realizado dista significativamente (Leal-Costa et al., 2015) éste constructo es relevante, los resultados muestran que tan realizados profesionalmente se sienten los grupos de estudio, sus logros personales y sus motivaciones intrínsecas, puntuar alto denota frustración personal, y bajo grado de cumplimiento de metas a tal punto de sentirse estancados en un puesto laboral. El promedio de los tres constructos arrojan el resultado de que sólo una persona del estudio presenta el síndrome de burnout, dentro del personal médico dado a los niveles bajos se pudo determinar que ninguno de los médicos del hospital donde se desarrolló el estudio presenta prevalencia del síndrome, sin embargo, el 35,3% puntúa medio en las subescalas, poniéndolos en riesgo o encaminados al desarrollo del síndrome en caso de no tomar estrategias preventivas para evitar el desarrollo del mismo.

Con respecto al personal de enfermería, existe un caso de prevalencia de burnout, lo cual es consecuencia del flujo de pacientes que deben atender al día, la mayoría del personal de enfermería alegaron que, los instrumentos necesarios para el correcto desenvolvimiento de su trabajo son mediamente cubierto, lo cual les genera conflictos al momento de no tener las

herramientas adecuadas para su trabajo. En los tres constructos existen puntuaciones altas, lo cual las encamina al desarrollo de éste síndrome. Respecto al personal de enfermería, son ellos quienes atienden una gran demanda de pacientes, ya que no manejan un número de referencia diario, se encuentran atendiendo diversas áreas del hospital y remiten pacientes hacia los médicos, los cuales a diferencia cumplen con un número diario de pacientes y en su mayoría están satisfechos con los instrumentos dados para su labor diaria.

En referencia con el perfil sociodemográfico, en la muestra de personal médico, el 47,1% son hombres y el 52,9% mujeres, en la muestra de personal de enfermería el 94,4% fueron mujeres y el 5,6% son hombres, con una edad promedio en médicos/as de 38.2 y en enfermeras de 39.3 años, estos resultados están en relación con el INEC (2013) que menciona que la edad productiva de la población ecuatoriana está comprendida entre los 25 a 45 años de edad. Con respecto al personal médico, el sexo es una variable importante, el sexo masculino se encuentra distribuido homogéneamente, sin embargo, en el personal de enfermería en su mayoría prevalece el sexo femenino. Con respecto a la variable género, en el presente estudio se pudo observar que el 73% de los participantes pertenecen al sexo femenino, y tan sólo el 27% al sexo masculino. Evidentemente, la mayoría del personal de enfermería pertenece al género femenino, mientras que la distribución masculina y femenina en el personal médico se distribuye de manera igualitaria. Es la mujer quien cumple un rol fundamental en ésta sociedad, incluso se presume que ésta asume más responsabilidades que el género opuesto, lo cual podría volverla más vulnerable al desarrollo de éste síndrome, lo cual es una variable que no se puede generalizar, ni aseverar que el género femenino es el más vulnerable.

El personal de enfermería alega no tener suficiente tiempo para actividades extra laborales, debido a los turnos frecuentes que deben cubrir, sus redes sociales se ven afectadas notoriamente al igual que sus relaciones familiares generando frustración y desencadenando un bajo rendimiento laboral.

La edad del grupo de estudio toma importancia al analizar el desarrollo de éste síndrome en el ámbito laboral, entre médicos y enfermeras es de vital importancia discernir entre experiencia-madurez y desactualización. En el medio donde se desarrolló el estudio, un porcentaje alto de médicos fueron jubilados el año anterior debido a que laboralmente se encontraban desactualizados y no agilaban el flujo de pacientes, también mostraban actitudes reacias frente al cambio y actualización lo que ocasionó negligencias y culminó en procesos judiciales, comparando al grupo de médicos mayores de 62 años con los médicos

pertenecientes a la media de 38 años que mostraron en su minoría conflictos pertenecientes a esa índole.

El número promedio de hijos en médicos/as es de 2,1, igual a la media de la población lojana según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC); mientras que enfermeras la media es de 1,6 hijos, ligeramente inferior a hallada en la localidad (INEC, 2010). El número que arroja el estudio no difiere significativamente entre los médicos y enfermeras, ambos grupos poseen en promedio 1-2 hijos, cabe recalcar que ambos grupos de estudio manifestaron su falta de tiempo para actividades extra laborales y familiares. Dado que la mayoría del personal de enfermería son mujeres, se especula que la falta de tiempo para dedicarse a la maternidad y a la familia podría influir para el desarrollo y prevalencia de éste síndrome.

Por otro lado, en cuanto a la etnia en ambos grupos estudiados la mayoría se consideran mestizos (médicos/as 88.2% y enfermeras 100%), etnia predominante en el Ecuador. De manera similar que en otros estudios realizados en médicos/as (Berdejo Pacheco, 2014; Cotito, 2016).

El porcentaje que predomina en relación al estado civil fue el de casados (52.9%); al igual que en enfermeras con un 50%, esto se corrobora con otros estudios que se han realizado de la misma temática. La soltería puntúa como segundo en ésta categoría, debido a la falta de tiempo que poseen los médicos y enfermeras para actividades sociales extra laborales, lo que se supone les impide construir lazos sentimentales duraderos y estables, son variables que no se han puesto en medición.

Con respecto a las variables laborales la mayoría de los participantes (70,6% médicos/as y 72,2% enfermeras) manifestaron que percibían ingresos mensuales entre \$1001 a \$2000 dólares, esta cifra concuerda con la información que reposa en el INEC a través de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR, 2012) la cual explica que para la zona urbana el ingreso salarial mensual es de \$1046.3. Lo cual debe ir acorde al tiempo trabajado, la remuneración debe ser justa para ambos grupos, y la misma debe basarse en el número de horas y carga que posee el puesto. La motivación monetaria es de suma importancia, si el trabajador se siente motivado o siente que percibe un salario justo su desenvolvimiento laboral va a ser el adecuado. Por otro lado, algunos de los miembros del personal de enfermería alegaron no sentirse a gusto con la remuneración salarial, e incluso han pedido alza de sueldo en reiteradas ocasiones las cuales han sido negadas por no estar dentro del presupuesto del hospital. Lo cual podría desencadenar en frustración y falta de compromiso y motivación con el puesto de trabajo.

En cuanto a la experiencia laboral, la media para médicos/as es de 11,4 años, mientras que en enfermeras la media es de 13.2, estos datos coinciden con los presentados en otros estudios (Ramírez, 2015; Zabala-González, Posada-Arévalo, Jiménez-Mayo, López-Méndez, Pedrero-Ramírez y Pérez-Arias, 2011). El 100% de los médicos/as y el 100% de las enfermeras indicaron que laboran en el sector público. En el tipo de contrato que poseen los dos grupos estudiados mencionan que tienen contrato de tipo ocasional (médicos/as 52,9% y enfermeras 38,9%), dato que difiere con el estudio de Ramírez (2015) en el que menciona que el 49.5% de los participantes posee un contrato indefinido o nombramiento. La variable perteneciente a horas de trabajo es sumamente importante para la identificación de éste síndrome, tanto el personal médico como de enfermería mencionan trabajar más de 40 horas semanales, en la atención de la salud se recomienda laborar tiempo e calidad tanto para que el profesional pueda ser en su mayoría asertivo con los diagnósticos y para que el mismo no esté agotado y pueda cometer alguna negligencia, debido a la demanda de pacientes que posee el medio donde se desarrolló el estudio, trabajar 8 horas diarias no podría cumplir con la demanda, así que el personal, en su mayoría, se ven en la obligación de prolongar su horario de trabajo.

El 76,5% de los médicos/as y el 94,4% de las enfermeras trabajan en turnos, denominados en la actualidad según el Ministerio de Trabajo (Ley 2012-62; Acuerdo Ministerial 00001849) jornadas especiales que se dan en función a las necesidades de la población e institucionales priorizando áreas de atención crítica y/o de alta demanda, el personal médico cumple con éstas jornadas especiales de trabajo menormente comparándolo con el personal de enfermería que en su gran mayoría tienen que cumplir con estas jornadas. Son periodos de tiempo que se cumplen en la noche hasta el amanecer, cada 72 horas, en caso de las enfermeras. Las mismas que se muestran exhaustas después de éstas jornadas especiales, el tiempo que tienen de descanso entre jornadas, es corto y en el posterior el personal podría mostrar grados elevados de cansancio físico o somnolencia por falta de sueño, que desencadenaría en un mal desenvolvimiento del profesional en las horas laborales debido a su condición exhausta.

El tercer objetivo específico planteado fue identificar el malestar emocional de la muestra de 40 médicos/as y enfermeras/os, identificando factores asociados y causales pertenecientes a éste síndrome. En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos datos que concuerdan con Vilá (2015), mostrando que la presión laboral, la demanda de pacientes y el escaso tiempo que poseen para cumplir con múltiples actividades desencadenan en episodios de estrés y ansiedad; mostrando de ésta manera que aproximadamente la mitad

de los médicos/as y enfermeras/os presentan ansiedad y aproximadamente la mitad del personal de enfermería presenta síntomas somáticos (Vilà Falgueras et al., 2015). Algunos de los participantes de éste estudio alegaron la falta de armonía entre compañeros de trabajo, lo cual genera un ambiente laboral hostil, lo cual dificulta aún más el cumplimiento a cabalidad de cada rol. Un ambiente laboral sano y las correctas estrategias de solución de conflicto son clave para crear un ambiente armonioso donde todos puedan ser partícipes y colaboradores, se supone que un ambiente laboral sano favorece las condiciones del trabajador y reduce su condición de estrés y ansiedad.

El cuarto objetivo específico planteado fue conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud. En afrontamiento se observó que las que poseen una media más alta en la muestra de los médicos son: Religión, planificación, aceptación, afrontamiento activo; en el medio donde se llevó a cabo éste estudio, la religión es considerada muy relevante al momento de la toma de decisiones, lo cual dista de un estudio realizado en Barcelona en el 2015 (Vilà Falgueras et al., 2015) donde el modo de afrontamiento que sobresale es la planificación dejando casi al último la religión, lo cual sugiere que es un factor que puede variar culturalmente. En la muestra del personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: Planificación, aceptación, religión, afrontamiento activo. La diferencia no radica en los tipos de afrontamiento si no en el orden en el que se muestran, en el caso del personal de enfermería puntúa más alto en planificación antes que religión, es debido a la carga laboral que poseen y de no tener un orden establecido se generaría mayor acumulo de estrés. En ambas muestras se pueden comparar en diferente grado los diversos tipos de afrontamiento. Dado que el medio donde se desarrolla es religioso, en el personal médico se puede visualizar claramente que es el modo de afrontamiento con mayor concurrencia; en cambio, en el personal de enfermería, por el número de pacientes y trabajo, el modo de afrontamiento que encabeza la lista es el modo de planificación, seguido por aceptación y en tercer lugar el modo de afrontamiento de religión.

El quinto objetivo específico fue identificar el apoyo social procedente de la red social: Vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud. En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta es amor y cariño siendo para médicos/as de 70,20% y para personal de enfermería de 87,41% dado como referencia que la red de apoyo más cercana es considerada como punto estratégico para sobrellevar situaciones de carácter dificultoso; dentro de ésta escala el cariño y afecto percibo por las personas cercanas es vital para la superación de conflictos y manejo de estrés y ansiedad, lastimosamente, algunos médicos comentaron sobre la falta de tiempo que tienen incluso

para compartir con sus redes cercanas. Lo que desencadenaría en ansiedad y estrés. Luego se percibe la escala relaciones sociales para personal médico con una media de 68,82%, mientras que para el personal de enfermería con un 84,44%, éstas relaciones sociales son el segundo punto de concordancia de ambas muestras reflejando la importancia de la vinculación social y vida social para éstas muestras de estudio, seguido por apoyo emocional para médicos/as de 64,26% y enfermeras/os 82,64% y finalmente apoyo instrumental con una media para médicos de 61,18%, mientras que para el personal de enfermería con una media de 80,00%, éste apoyo instrumental, no por obtener el último lugar en la medición del instrumento se le puede restar importancia, ya que si los profesionales cuentan con los instrumentos necesarios para su trabajo diario, su nivel de estrés no se verá afectado por éste tipo de situación, y su rendimiento laboral mejorará comparándolo con un panorama opuesto, tanto médicos como enfermeras, arrojan datos donde exponen el cumplimiento mediano de provisión de instrumentos y materiales que se necesitan diariamente, en alguna ocasiones han debido recurrir a la improvisación debido a la falta de material.

El sexto objetivo específico planteado fue identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de la institución pública y mediante los mismos analizar su influencia en el desarrollo del síndrome de Burnout. El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos, con una media de 4,88 para personal médico, mientras que para enfermeras/os 4,67, éste rasgo de personalidad se caracteriza por ser de naturaleza social, alegres, con don de palabra, son expresivos, por una parte en cambio, también presentan ciertos patrones de conducta que pueden volver un poco dificultosa su labor, tal y como la impulsividad e impaciencia, en un ambiente laboral a diario se convive con diferentes personalidades y no todas siguen el mismo patrón de comportamiento de las personas extrovertidas, lo que podría ocasionarles ciertas complicaciones. Segundo, el rasgo de psicotismo con 1,88 para médicos/as y un 1,22 para enfermeras/os, éste rasgo se refiere a la vulnerabilidad y conducta impulsiva e incluso bajo nivel de empatía. Finalmente, el rasgo de neuroticismo con 1,12 para el personal médico y un 1,72 para el personal de enfermería. Éste rasgo también conocido como inestabilidad emocional podría presentar una persona como patrón implícito de la personalidad, si una persona puntúa alto en éste rasgo podría presentar elevados niveles de ansiedad, estado de preocupación continuo, inseguridad emocional y la mayoría de veces está ligado a sintomatología somática, afortunadamente, en los niveles de ambas muestras puntúan niveles bajos en éste rasgo, dando por sentado que el rasgo de personalidad que sobresale en éste estudio es de extroversión.

CONCLUSIONES

- La prevalencia del síndrome de burnout en la muestra investigada es de 1 caso perteneciente al personal de enfermería.
- El perfil sociodemográfico de la muestra de médicos/as que participaron en la presente investigación fue el de una mujer, con una edad media de 38 años, con al menos dos hijos, mestizo y casado; mientras que en la muestra de enfermeros/as fue el de una mujer, con una edad promedio de 39 años, con al menos un hijo, mestiza y soltera.
- Con respecto al perfil laboral de la muestra los salarios se sitúan entre \$1001 a \$2000 dólares. El tiempo de experiencia laboral oscila entre 11 a 13 años en ambos grupos, mientras que el sector en el que laboran tanto médicos como enfermeras es el público. El tipo de contrato que prevalece es el ocasional, atienden una media entre 20 a 30 pacientes diarios. Indican que el establecimiento medianamente provee de los recursos necesarios para la realización de su labor. Sus jornadas laborales son de 8 horas y trabajan con jornadas adicionales de trabajo.
- En cuanto al malestar emocional de la muestra investigada se identificaron factores asociados y causales pertenecientes a éste síndrome. En ambos grupos predominó la ansiedad y los síntomas somáticos los mismos que se relacionan directamente con el desarrollo del Burnout.
- Los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud son: Para el personal médico, las subescalas de: religión, planificación, aceptación y afrontamiento activo. Por otra parte en el personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen son: Planificación, aceptación, religión y afrontamiento activo.
- En lo referente al apoyo social, tanto en médicos y enfermeras la dimensión que sobresalió fue amor y cariño, relaciones sociales, apoyo emocional y apoyo instrumental.
- Además, el rasgo de personalidad que sobresalió en médicos/as y enfermeras fue el de extroversión

RECOMENDACIONES

- Se sugiere a la institución, ya que es de índole pública y de exhaustiva labor, realizar un control anual con el propósito de evitar el desarrollo del síndrome *burnout* y sus dimensiones.
- Se recomienda considerar los datos obtenidos en la presente investigación con el fin de mejorar la eficacia asistencial del personal médico y de enfermería que brinden a los pacientes.
- Se recomienda analizar los motivos del por qué el estado de prevalencia de estado civil solteros/as en el personal de enfermería.
- Se sugiere a la institución desarrollar talleres de información y prevención del síndrome de *burnout* con el fin evitar la propagación del mismo. En el caso de los trabajadores que presentan este síndrome se recomienda brindar ayuda, apoyo, acompañamiento y tratamiento para reducir sus efectos y de esta manera puedan brindar una mayor calidad de servicios hacia los usuarios o pacientes.
- Se sugiere proveer de los materiales e instrumentos necesarios para la labor dentro de la institución y de ésta manera alcanzar mejores resultados profesionales.
- Se sugiere desarrollar actividades de índole social que promuevan el compañerismo y de ésta manera fijar una red social cercana para facilitar resolución de problemas.
- Además, se recomienda dictar talleres de afrontamiento y manejo de estrés, por medio los cuales se facilite a los profesionales las diversas habilidades psicológicas de afrontamiento de conflictos y manejo de estrés laboral y así disminuir la tasa de ansiedad en los profesionales.
- Se sugiere motivar a los profesionales que laboran en la institución, por medio de diversos tipos cómo monetaria o de mérito y de ésta manera promover buenos hábitos laborales.
- Se sugiere establecer rutinas saludables que promuevan el manejo efectivo de estrés por medio de técnicas de respiración y relajación antes de entrar a la jornada laboral.
- Se sugiere que para futuros estudios que se ejecuten se incluyan en la población más instituciones para que la muestra sea más representativa y poder obtener resultados que puedan generalizarse a nivel de la ciudad de Loja.

BIBLIOGRAFÍA

- Berdejo Pacheco, H. L. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la universidad nacional de Colombia, sede bogota*. Universidad Nacional de Colombia.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., y Laurent, E. (2015). Is it Time to Consider the Burnout Syndrome A Distinct Illness? *Frontiers in Public Health*, 3, 158.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158>
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., y Estrada, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*, 28(6), 579–584.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Domínguez Sánchez, E. (2014). *Burnout estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores sociales*. Universidad de la Rioja.
- González Barón, M., Lacasta Reverte, M. A., y Ordóñez Gallego, A. (2008). *El síndrome de agotamiento profesional en oncología*. Médica Panamericana.
- Japa Guzmán, S. K. (2017). *Prevalencia y factores de riesgo del Síndrome de Burnout, en el personal que labora en el Hospital Básico 7 B1 Loja*".
- Jirón Jiménez, J. F. (2017). Síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con rasgos de personalidad en una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017.
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., y van-der Hofstadt, C. J. (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213–223. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272015000200005>
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine*, 16(1), 135–40.
- Maldonado González, G. C. (2017). Síndrome de Burnout y su relación con variables sociodemográficas en médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al

norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017.

Maslach, C., y Jackson, S. (2012). *Maslach Burnout Inventory* (Third edic).

Maslach, C., Jackson, S., y Leiter, M. (1997). *The Maslach Burnout Inventory Manual. Evaluating Stress: A Book of Resources* (3a ed.).

Muñoz Aguirre, A. N. (2011). El estudio exploratorio. Mi aproximación al mundo de la investigación cualitativa. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(3), 492–499.

Navarro, D., y Ayechu, A. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención primariae. *SEMERGEN*, 1–8.

Olivares-Faúndez, V., Mena-Miranda, L., Macía-Sepúlveda, F., y Jélvez-Wilke, C. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1).
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb>

Olvera-Islas, R., Téllez-Villagra, C., y Avilés, A. G.-P. (2015). Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 46–49.
[https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30047-5](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30047-5)

Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. En *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 33–51). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.

Rosales Ricardo, Y. (2012). Estudio unidimensional del síndrome de burnout en estudiantes de medicina de Holguín. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 795–803. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352012000400009>

Soto Cárdenas, T. V. (2017). Prevalencia del síndrome de Burnout y su relación con el apoyo social en profesionales de la salud en una institución de salud pública, ubicada en la zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo. Durante el año 2016 – 2017.

Vargas-Manzanares, Sandra Paola, Herrera-Olaya, Gina Paola, Rodríguez-García, Laura, Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12.

Vela Pinto, E. (2010). *Prevalencia de "Burnout Syndrome" en los estudiantes de medicina de*

sexto año y en residentes de especialidades y subespecialidades que trabajan en los Hospitales Metropolitano de Quito (HM), Carlos Andrade Marín (HCAM) y Vozandes de Quito (HVQ) en el primer trimestre del 2010. Universidad San Francisco de Quito.

Vilà Falgueras, M., Cruzate Muñoz, C., Orfila Pernas, F., Creixell Sureda, J., González López, M. P., y Davins Miralles, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25–31.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>

Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, Social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151–162). London: Taylor & Francis.

ANEXOS

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

ANEXO Nro. 2

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; (1986). Seisdedos,(1997).
Recuperado

<http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf>

ANEXO Nro. 3
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>

ANEXO Nro. 4
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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 Nro. 5
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).

Recuperado de

<http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia>

ANEXO Nro. 6
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		
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).