

DIRIGIDA A PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

Hospitales, Clínicas, Centros Médicos, Establecimientos MINSAs,
EsSalud, Privados y FF.AA. – PNP

I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. DEPARTAMENTO		
2. PROVINCIA		
3. DISTRITO		
4. CENTRO POBLADO		

ENSUAUS.02

N° Cuestionario

II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Nombre oficial del establecimiento de salud

2. Código del Establecimiento de Salud

Código EE.SS.

3. Institución

MINSAs – GR 1	ESSALUD 2	FF.AA. y PNP 3	CLÍNICAS 4
---------------------	-----------------	----------------------	------------------

4. Consultorio

Pediatria 1	Medicina 2	Cirugía 3	Gineco/obstetricia 4	Subespecialidades 5
-------------------	------------------	-----------------	----------------------------	---------------------------

5. Turno:

Mañana 1	Tarde 2	Noche 3
----------------	---------------	---------------

III. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

Visita N°	EVALUADOR/A TÉCNICO/A					SUPERVISOR/A				
	Fecha	Hora		Próxima Visita		Resultado de la Visita (*)	Fecha	Hora		Resultado de la Visita (*)
		De	A	Fecha	Hora			De	A	
1	/						/			
2	/						/			
3	/						/			
4	/						/			
5	/						/			
6	/						/			

RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

FECHA	/	/	/
RESULTADO			

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO

1. COMPLETO	2. INCOMPLETO	3. RECHAZO ROTUNDO	4. RECHAZO POR FALTA DE TIEMPO	5. OTROS (Especificar)
-------------	---------------	--------------------	--------------------------------	---------------------------

OBSERVACIÓN:

PROFESIONALES DE LA SALUD

Personal médico 1
Personal de enfermería 2

POR OBSERVACIÓN DIRECTA

<p style="text-align: center;">Sexo</p> <p>Hombre 1</p> <p>Mujer 2</p>	<p style="text-align: center;">Rango de edades</p> <p>De 15 a 24 años 1</p> <p>De 25 a 44 años 2</p> <p>De 45 a 64 años 3</p> <p>De 65 años a más 4</p>
--	---

IV. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

Cargo	DNI	Nombres y Apellidos
EVALUADOR/A TÉCNICO/A		
SUPERVISOR/A LOCAL		
COORDINADOR/A DEPARTAMENTAL		
SUPERVISOR/A NACIONAL		

ENTREVISTAR AL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE SE ENCUENTREN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

PRESENTACIÓN:

Estimado Doctor(a) / Enfermero(a), buenos días / tardes, mi nombre es....., y trabajo para el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), órgano rector del Sistema Estadístico Nacional. En esta ocasión, por encargo de la Superintendencia Nacional de Salud, estamos realizando entrevistas a usuarios de los servicios de salud, para medir su percepción del Aseguramiento Universal en Salud. Para complementar dicha información, se está aplicando este cuestionario a personal médico y de enfermería. Agradecería, me permita conversar con usted, para hacerle algunas preguntas al respecto. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial.
¿Me permite entrevistarlo/a?

V. CARACTERIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

<p>1. ¿CUÁL ES SU PROFESIÓN?</p> <p>Médico1 Enfermero/a2</p> <hr/> <p>2. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS Y CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">Edad</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">Día</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">Mes</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">Año</td> </tr> </table> <hr/> <p>3. ¿EN QUÉ DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO VIVE UD.?</p> <p>Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____</p> <hr/> <p>4. SEXO</p> <p>Hombre1 Mujer2</p> <hr/> <p>5. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL?</p> <p>Conviviente1 Casado/a2 Viudo/a3 Divorciado/a4 Separado/a5 Soltero/a6</p>					Edad	Día	Mes	Año	<p>6. LA VIVIENDA QUE OCUPA SU HOGAR ES:</p> <p>¿Alquilada?.....1 ¿Propia, totalmente pagada?2 ¿Propia, por invasión?.....3 ¿Propia, comprándola a plazos?4 ¿Cedida por centro de trabajo?5 ¿Cedida por otro hogar o institución?6 ¿Otro? _____ 7 (Especifique)</p> <hr/> <p>7. ¿QUÉ TIPO DE CONTRATO TIENE CON ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD?</p> <p>Honorarios profesionales.....1 Régimen Especial de Contratación Administrativa (CAS)2 Contrato a plazo fijo (sujeto a modalidad)3 Contrato indefinido, nombrado, permanente4 Plazo indeterminado (D.S. 728).....5 Otro _____ 6 (Especifique)</p>
Edad	Día	Mes	Año						

VI. FAMILIA DEL PROFESIONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

<p>8. ACTUALMENTE, ¿UD. VIVE CON SU FAMILIA?</p> <p>Sí, con toda mi familia1 Solo con parte de ella2 No, vivo solo3 No, no tengo familia4 → PASE A 11</p>	<p>9. ¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE UD.?</p> <p>Anote la respuesta en el recuadro → (Nº Personas)</p> <hr/> <p>10. ACTUALMENTE, ¿UD. HA TENIDO QUE DEJAR A SU FAMILIA POR EL TRABAJO?</p> <p>Sí1 No2</p>
---	--

OBSERVACIONES	
----------------------	--

VII. FORMACIÓN ACADÉMICA

11. ¿EN QUÉ UNIVERSIDAD ESTUDIÓ SU CARRERA?

- Univ. Nacional Mayor de San Marcos.....1
 Univ. Nacional Federico Villareal.....2
 Univ. Nacional de Trujillo.....3
 Univ. Nacional del Centro.....4
 Univ. Nacional San Luis Gonzaga de Ica.....5
 Univ. Particular Cayetano Heredia.....6
 Univ. Particular San Martín de Porres.....7
- Otro.....8
 (Especifique)

12. ¿EN QUE AÑO OBTUVO SU TÍTULO DE LA UNIVERSIDAD?

Anote la respuesta en el recuadro

(Año)

13. ¿TIENE ALGUNA ESPECIALIDAD?

Sí 1 → **13.A.** ¿Cuál es? _____
 (Especifique)

No 2 →

PASE
A 15

14. ¿EN QUÉ REGIÓN REALIZÓ SU ESPECIALIDAD?

- Lima-Callao.....1
 Arequipa.....2
 Junín.....3
 Ica.....4
 La Libertad.....5
 En el extranjero.....6
- Otro.....7
 (Especifique)

VIII. MIGRACIÓN

15. ¿UD. TIENE PLANES DE MIGRAR A OTRO LUGAR?

Sí.....1

No.....2 →

PASE A 21

16. ¿EN CUÁNTO TIEMPO ESPERARÍA PODER MIGRAR?

Anote la respuesta en el recuadro

(En años)

17. ¿A QUÉ DEPARTAMENTO DEL PERÚ O PAÍS TIENE PLANIFICADO MIGRAR?

Departamento.....1 →
 (Especifique)

País.....2
 (Especifique)

NO LO HA DECIDIDO.....3

PASE
A 19

18. ACTUALMENTE, ¿SE ENCUENTRA REALIZANDO ALGÚN TRÁMITE PARA VIAJAR AL EXTRANJERO?

Sí.....1

No.....2

19. ¿QUÉ MOTIVO INFLUYE MÁS EN SU DESEO DE MIGRAR?

- Ofrecer nuevas oportunidades a mi familia.....1
 Por mejora económica.....2
 Por motivos laborales.....3
 Por motivos familiares.....4
 Por motivos de estudio.....5
 Acceder a nuevas técnicas y tecnologías de tratamiento.....6
 Por motivos de salud.....7

Otro.....8
 (Especifique)

20. ¿QUÉ PERSONA INFLUYE MÁS EN SUS DESEOS O PLANES DE MIGRAR?

- Esposo/pareja.....1
 Hijos.....2
 Padres.....3
- Otro.....4
 (Especifique)
- NADIE.....5

OBSERVACIONES

IX. ACTIVIDAD LABORAL

21. ¿CUÁNTOS AÑOS VIENE TRABAJANDO EN EL SECTOR SALUD, YA SEA PÚBLICO O PRIVADO?

Anote la respuesta en el recuadro

(En años)

22. ¿CUÁNTO TIEMPO LABORA EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

Anote la respuesta en el recuadro

(En años)

(En meses)

23. SU TRABAJO EN ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿ES DE TIPO:

- Permanente (Tiene trabajo durante todo el año de manera continua)?* 1
- De temporada o estacional (No permanente)?* 2

24. ¿REALIZA LABOR ASISTENCIAL EN OTRA INSTITUCIÓN?

- Sí* 1
- No* 2

25. ¿REALIZA LABOR NO ASISTENCIAL PÚBLICA O PRIVADA (ADMINISTRATIVA, COMERCIO, GERENCIA) EN OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

- Sí* 1
- No* 2

26. ¿REALIZA LABOR DOCENTE REMUNERADA?

- Sí* 1
- No* 2

27. EN PROMEDIO, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA EN TODAS SUS ACTIVIDADES REMUNERADAS?

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº de horas)

28. CONSIDERANDO TODAS SUS ACTIVIDADES REMUNERADAS, ¿CUÁL ES SU NIVEL DE INGRESO MENSUAL?

MOSTRAR TARJETA Nº 1

- Menor a S/. 1000* 1
- DE S/. 1000 a S/. 2000* 2
- DE S/. 2001 a S/. 3000* 3
- DE S/. 3001 a S/. 4000* 4
- DE S/. 4001 a S/. 5000* 5
- Más de S/. 5000* 6
- NO DESEO RESPONDER* 7

29. DE MANERA GENERAL EN ESTE ESTABLECIMIENTO, EN RELACIÓN A SU TRABAJO, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN?

MOSTRAR TARJETA Nº 2

- Muy satisfecho/a* 5
- Satisfecho/a* 4
- Ni satisfecho/a / ni insatisfecho/a* 3
- Insatisfecho/a* 2
- Muy insatisfecho/a* 1
- NO SABE / NO RESPONDE* 0

30. RESPECTO DE SU TRABAJO EN ESTE ESTABLECIMIENTO, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN CUANTO A:

MOSTRAR TARJETA Nº 2

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho/ Ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	NS/NR
1. Posibilidades de promoción o ascenso?	5	4	3	2	1	0
2. Orden de los servicios y organización laboral?	5	4	3	2	1	0
3. La valoración de su trabajo?	5	4	3	2	1	0
4. El tipo de labor que realiza?	5	4	3	2	1	0
5. La carga laboral que realiza?	5	4	3	2	1	0
6. Posición en su institución y participación en las decisiones de gestión de su servicio?	5	4	3	2	1	0
7. Honorarios o sueldos recibidos?	5	4	3	2	1	0
8. Horario o jornada de trabajo?	5	4	3	2	1	0
9. Sus relaciones con sus compañeros de trabajo?	5	4	3	2	1	0
10. Oportunidades de capacitación/actualización?	5	4	3	2	1	0
11. La infraestructura e instalaciones de servicios (agua, desagüe, luz, oxígeno, etc.)?	5	4	3	2	1	0
12. El Instrumental y equipamiento para atender sus pacientes	5	4	3	2	1	0
13. Su relación con sus jefes o superiores?	5	4	3	2	1	0
14. Las condiciones de higiene y bioseguridad?	5	4	3	2	1	0
15. El llenado de registro, partes, ordenes o formatos?*	5	4	3	2	1	0
16. El respeto y consideración de sus pacientes?	5	4	3	2	1	0

* Con excepción de la historia clínica.

31. EN RELACIÓN A SU ACTIVIDAD PROFESIONAL EN GENERAL, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN, RESPECTO A:

	MOSTRAR TARJETA N° 2					
	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho/ Ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	NS/NR
1. <i>La relación médico paciente durante la consulta?</i>	5	4	3	2	1	0
2. <i>Su expectativa en satisfacer las necesidades de sus pacientes?</i>	5	4	3	2	1	0
3. <i>Disponibilidad para realizar ejercicio profesional asistencial privado?</i>	5	4	3	2	1	0
4. <i>Los logros obtenidos en su carrera?</i>	5	4	3	2	1	0
5. <i>Impacto en su vida personal o familiar por la carga laboral asociada a su profesión?</i>	5	4	3	2	1	0
6. <i>Riesgos asociados a su actividad profesional?</i>	5	4	3	2	1	0

32. DESDE QUE UD. TRABAJA AQUÍ, ¿HA PENSADO EN ALGÚN MOMENTO EN CAMBIAR DE EMPLEO POR LAS MALAS CONDICIONES DE TRABAJO?

Sí1
 No2
 NO SABE3

33. ¿PIENSA O TIENE PLANIFICADO DEJAR DE TRABAJAR EN ESTE ESTABLECIMIENTO?

Sí1
 No2
 NO SABE3

34. ¿QUÉ INFLUIRÍA MÁS PARA CAMBIAR DE TRABAJO? (Mencione las 3 más importantes)

Mejora de sueldo1
 Mejora de Horario2
 Mejora del trato y clima laboral (entre compañeros, jefes) ...3
 Mejora del ambiente físico de trabajo4
 Mayor estabilidad laboral5
 Cambio de actividad6
 Mayores oportunidades de estudios y capacitación7
 Mayores facilidades para su vida familiar8
 Mejores condiciones de seguridad e higiene9
 Otro 10
 (Especifique)
 NO SABE / NO RECUERDA11

35. BASADO EN SU EXPERIENCIA EN ESTE ESTABLECIMIENTO, PARA ATENDER MEJOR A SUS PACIENTES, ¿QUE CAMBIOS RECOMENDARÍA? (Acepte una o más alternativas)

Disminuir los trámites administrativos 1
 Incrementar el número de médicos..... 2
 Ampliar los consultorios e infraestructura de consulta ambulatoria 3
 Ampliar el número de camas y ambientes de hospitalización..... 4
 Mejorar el servicio de archivo y gestión de historias clínicas 5
 Mejorar el equipo e instrumental para procedimientos o cirugías..... 6
 Mayor capacitación al personal asistencial..... 7
 Mayor capacitación al personal administrativo 8
 Otro 9
 (Especifique)
 NO SABE / NO RECUERDA..... 10

36. EN RELACIÓN AL EQUIPO DE GESTIÓN DE SU ESTABLECIMIENTO, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE SATISFACCIÓN, RESPECTO A:

	MOSTRAR TARJETA N° 2					
	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho/ Ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	NS/NR
1. Manejo de presupuesto?	5	4	3	2	1	0
2. Gestión de medicamentos - Farmacias?	5	4	3	2	1	0
3. Organización de los servicios?	5	4	3	2	1	0
4. Gestión de los recursos humanos?	5	4	3	2	1	0
5. Programación de turnos?	5	4	3	2	1	0
6. Atención al usuario?	5	4	3	2	1	0
7. Prevención de infecciones intrahospitalarias / Eventos adversos?	5	4	3	2	1	0
8. Capacidad de gestión / Trabajo?	5	4	3	2	1	0

X. ASEGURAMIENTO EN SALUD

37. DESDE EL AÑO 2013 A LA FECHA, LA ATENCIÓN DE SALUD EN SU CIUDAD:

- Ha mejorado? 1
- Está igual? 2 → **PASE A 40**
- Ha empeorado? 3 → **PASE A 39**
- NO SABE / NO RESPONDE 4 → **PASE A 40**

38. ¿EN QUÉ CREE UD. QUE LA ATENCIÓN DE SALUD HA MEJORADO?
(Acepte una o más alternativas)

- Atenciones son más oportunas, menos tramites 1
 - Mejor cobertura de salud, cubre todos los diagnósticos 2
 - Mejor cobertura de salud, que cubre todos los procedimientos y exámenes auxiliares 3
 - Mejor cobertura de salud, cubre todos los medicamentos 4
 - Mayor presupuesto para las atenciones 5
 - Personal más capacitado 6
 - Mejores sistemas informáticos 7
 - Otro 8
- (Especifique)

PASE A 40

39. ¿EN QUÉ CREE UD. QUE LA ATENCIÓN DE SALUD HA EMPEORADO?
(Acepte una o más alternativas)

- Mayor cantidad de trámites administrativos 1
 - Menor cobertura de salud que no cubre la consulta 2
 - Menor cobertura de salud, no cubre todos los procedimientos ni exámenes auxiliares 3
 - Desabastecimiento de medicamentos 4
 - Menor presupuesto para las atenciones 5
 - Mayor número de reclamos 6
 - Los reembolsos demoran 7
 - Otro 8
- (Especifique)

40. ¿UD. DIRÍA QUE EL IMPACTO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD SOBRE EL SISTEMA DE SALUD HA SIDO:

- Muy beneficioso? 1
- Beneficioso? 2
- Poco beneficioso? 3
- Nada beneficioso? 4
- NO SABE / NO RECUERDA 5

41. ¿QUÉ SEGUROS DE SALUD TIENE UD.?
(Acepte una o más alternativas)

- Seguro Integral de Salud (SIS) 1
 - EsSalud - Seguro Social (ex-IPSS) 2
 - Seguro de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) 3
 - Seguro de Salud de Aseguradoras privadas 4
 - Seguro de salud de las Clínicas 5
 - Sanidad de las Fuerzas armadas y policiales 6
 - Seguro del CMP (SEMEFA) 7
 - Otro 8
- (Especifique)
- NO TENGO NINGÚN SEGURO 9

42. DESDE SU PERCEPCIÓN, ¿CUÁL CREE UD. QUE ES EL PRINCIPAL PROBLEMA PARA LA ATENCIÓN DE UN ASEGURADO EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

- Excesivos trámites 1
 - Excesivos llenados de formatos 2
 - Limitaciones de la cobertura del seguro 3
 - Desinformación del asegurado 4
 - Pago inoportuno del seguro 5
 - Otro 6
- (Especifique)

OBSERVACIONES	

XI. SEGURIDAD EN EL TRABAJO

43. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DEL _____ AL _____, ¿CUÁNTOS ACCIDENTES TUVO EN ESTE TRABAJO? (Golpe, caída, herida, pinchazo, quemaduras, etc.)

Anote la respuesta en el recuadro

(Nº de accidentes)

45. ¿SABE UD. SI ESTA INSTITUCIÓN LO HA ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo-SCTR)?

Sí.....1

No.....2

NO SABE / NO RECUERDA.....3

44. ¿UD. TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD QUE HA SIDO PROVOCADA Y/O AGRAVADA POR EL TRABAJO?

Sí1

No2

46. ¿PADECE UD. ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?

Sí.....1

No.....2

47. EN SU TRABAJO ACTUAL, ¿QUÉ TAN PROBABLE CREE UD. QUE ES SUFRIR UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD QUE REALIZA?

Muy probable1

Poco probable.....2

Nada probable.....3

48. RESPECTO A SU TRABAJO EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y LOS RIESGOS LABORALES O BIOLÓGICOS, INDIQUE LA FRECUENCIA CON QUE SUCEDE LO SIGUIENTE:

MOSTRAR TARJETA Nº 3

		Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Casi Siempre	Siempre
1	¿Ud. toma medidas de prevención o protección de riesgo laboral?	1	2	3	4	5
2	¿Su institución le informa sobre los riesgos de accidentarse o enfermarse por su trabajo?	1	2	3	4	5
3	¿Su institución lo ha capacitado en la prevención de riesgos laborales o de bioseguridad?	1	2	3	4	5
4	¿Su institución lo provee de medidas o equipos de protección?	1	2	3	4	5
5	¿La exposición a personas con enfermedades muy contagiosas?	1	2	3	4	5
6	¿Exposición o contacto con sustancias que puedan afectar su salud?	1	2	3	4	5

XII. INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UN RECLAMO O QUEJA

49. EN CASO DE OCURRIR PROBLEMAS CON LA ATENCIÓN DE SALUD, ¿QUÉ ENTIDAD/ES CREE UD. PUEDE/N SOLUCIONAR UN RECLAMO?

(Acepte una o más alternativas)

El establecimiento de salud1

La Superintendencia de Salud.....2

Las aseguradoras o IAFAS.....3

La defensoría del Asegurado.....4

La defensoría de la Salud.....5

La defensoría del Pueblo.....6

INDECOPI.....7

Otro8

(Especifique)

50. ¿CUÁNDO OCURRE UN PROBLEMA POR LA ATENCIÓN EN SALUD EN ESTE ESTABLECIMIENTO, EL RECLAMO SE DERIVA A:

La dirección general?1

Admisión?2

Administración?3

Otro?4

(Especifique)

NO SABE / NO RECUERDA5

OBSERVACIONES

XIII. INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

51. ¿EN QUE MEDIDA TIENE CONOCIMIENTO SOBRE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD:

- Bastante? 1
 Ni mucho ni poco? 2
 Poco? 3
 Nada? 4

PASE
A 53

52. ¿CUÁL CREE UD. QUE DEBEN SER LAS PRINCIPALES FUNCIONES DE UNA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD?

MOSTRAR TARJETA Nº 4

- Supervisar Financiadores de Seguros de Salud - Aseguradoras 1
 Supervisar los establecimientos de salud 2
 Dar normas para mejorar la calidad de las atenciones 3
 Dar normas para asegurar el buen uso de los fondos destinados a la salud 4
 Resolver quejas 5
 Otro 6
 (Especifique)

XIV. ESTRÉS LABORAL (BURN OUT)

53. SOBRE EL ESTRÉS LABORAL SU OPINIÓN ES MUY VALIOSA Y DE GRAN UTILIDAD PARA MEJORAR EL SECTOR

Por favor circule la respuesta que cree oportuna sobre la frecuencia con que sienta las situaciones presentadas en los enunciados como se describe a continuación:

	Situaciones	Frecuencia						
		Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0	1	2	3	4	5	6
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5	6
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5	6
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0	1	2	3	4	5	6
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6