



Universidad Técnica Particular de Loja
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital del Ministerio de Salud Pública de Píllaro (Tungurahua), en el primer trimestre del 2012”.

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Andrade Cabezas, Betty Alexandra

Director:

Espinoza Iniguez Jhon Remigio. Lic.

CENTRO UNIVERSITARIO: Ambato

2012

Certificación

Licenciado:

Jhon Remigio Espinoza Iniguez

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital del Ministerio de Salud Pública de Píllaro (Tungurahua), en el primer trimestre del 2012 ”** realizado por el profesional en formación: **Andrade Cabezas Betty Alexandra**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, agosto de 2012

f)

Cesión de derechos

“Yo, Betty Alexandra Andrade Cabezas, declaro ser autora del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

.....

Betty Alexandra Andrade Cabezas
C.I. 1802641850.

AUTORÍA

Las ideas y contenidos expuestos en el presente informe de trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor

.....

Betty Alexandra Andrade Cabezas

C.I. 1802641850.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico al Arquitecto de mi vida!, mi Señor, por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, al brindarme los medios necesarios para continuar mi formación como psicóloga, y siendo un apoyo incondicional para lograrlo ya que sin Él no hubiera podido hacerlo.

A mi padre que ya partió a la presencia del Altísimo, quien me inspira a llegar a cimas de grandeza como su princesa, gracias porque pusiste en mi corazón tu inspiración, entrega y dedicación, te siento en todo momento de mi vida ¡ no has muerto!.

Al ser que constituye mi inspiración, fortaleza y amor, ozzito te dedico este logro, porque tomaste mi mano justo en el momento propicio, enseñándome que existía una luz brillante al final del túnel, ¡lo logramos amor!.

A mis hijos quienes con su sacrificio y comprensión pintaron de esperanza y fe mis convicciones, este triunfo va para ustedes, se puede lograr todo con un corazón sediento de vencer toda dificultad.

A mis hermanos quienes vieron desde niña en mí a la personita capaz de llegar a conquistar y vencer toda dificultad.

A mi padre espiritual: Rodrigo, quien inspiro en mí la capacidad de compartir talentos de servicio y entrega social.

A mis amigos quienes creyeron en todo momento en mi, recordándome el don que Dios me otorgó, a quienes no creyeron en mi, y que fueron motivo fuerte de seguir adelante derrotando en mi toda incredulidad.

A mis hijos del ministerio de Danza, que fueron capaces de levantarme cada vez que la duda tocaba mi corazón decidido

A mis tutores por su guía y sapiencia, a mi querida Universidad, por ser la motivadora al invitarme a ser más !!QUIEN NO ESPERA VENCER YA ESTÁ VENCIDO!!!

ALEXITA.

AGRADECIMIENTOS:

**A MI CREADOR, MI MENTOR, LA
RAZON PERFECTA POR LA CUAL MI VIDA
ESTA ENCAMINADA A LA AYUDA AL PRÓJIMO,
AL AMOR DE MI VIDA , POR SU APOYO INCONDICIONAL
A MIS HIJOS: Andy, Chizty, y Xavy LUZ DE MI CAMINO
A MIS QUERIDOS HERMANOS, AMIGOS
A MI ESTIMADA UNIVERSIDAD, Y MIS SABIOS TUTORES.**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii.
ACTA DE DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS	iii.
AUTORÍA	iv.
DEDICATORIA	v.
AGRADECIMIENTOS	vi.
INDICE	vii.
RESUMEN EJECUTIVO	viii.
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1.1. CAPITULO 1.1. Conceptualización del Burnout	9
3.2.1.- CAPITULO 1.2. Conceptualización de las variables de la investigación.-	20
4. METODOLOGÍA	36
4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
4.2. PARTICIPANTES	37
4.3. INSTRUMENTOS	38
4.4. Recolección de datos	41
5. RESULTADOS OBTENIDOS	43
5.1. Caracterización sociodemográfica y laboral	44
5.2. Caracterización del CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT)	85
5.3.- Caracterización del CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)	91
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	100
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	127
8. BIBLIOGRAFÍA	133
9. ANEXOS	135

RESUMEN

La Universidad Técnica Particular de Loja a través de su departamento de Psicología propuso el tema: "Identificación de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, en el Ecuador", los objetivos se enmarcan en identificar el nivel del Síndrome de Burnout que presentan los profesionales de la salud es decir los médicos y enfermer@s del Hospital del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Pillaro.

Estableciendo los debidos instrumentos de evaluación y estudio: los test que abarcan temas como las variables sociodemográficas, de estudio, entorno familiar, social, niveles emocionales, de reacción, etc, mismos que marcan una diferencia significativa en el nivel del síndrome de burnout que presentan los individuos, presentando similitudes y diferencias ambos en los profesionales investigados.

Teóricamente el trabajo se fundamentó en una perspectiva psicosocial que conduce a una conceptualización multidimensional del Burnout que integra tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Para el logro de estos objetivos se realizó un estudio comparativo, descriptivo-correlacional, transeccional y no experimental, detectándose niveles leves de profesionales con el síndrome.

2.- INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de estudios a distancia y a través de la escuela de Psicología, plantea para el presente periodo (Noviembre 2011-Agosto 2012), el programa de graduación "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador.

Al observar y analizar nuestro medio es coherente encontrarse con un ambiente donde la tensión, estrés y desesperanza, enfocándonos en el desarrollo de una de las profesiones más nobles e importantes como lo es la Medicina, podremos decir que el panorama antes citado no es ajeno, sino que al contrario se manifiesta de forma más profunda y reiterativa, causando una problemática actual, y grave si no se la detecta y trata a tiempo.

Esta problemática es sin duda la manifestación en los profesionales de la salud el Síndrome de Burnout, en donde el desgaste profesional es el resultado de un proceso dinámico de mal adaptación a una situación de estrés crónico que es el trabajo en sí mismo; hasta llegar al agotamiento emocional, el profesional desarrolla diferentes fases de entusiasmo y altas expectativas, de idealización, se pasa a una fase de estancamiento, después de frustración, en la que se cuestiona incluso la utilidad de su trabajo, destacándose todas las dificultades o aspectos negativos de éste (horas de guardia, bajo sueldo, recursos limitados del sistema, etc) y se presentan los problemas emocionales y conductuales.

Esta investigación recopilará información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de burnout (quemarse en el trabajo), pues ocupa una de las principales causas de enfermedades, laboral y absentismo.

Es menester manifestar que las diversas experiencias de estrés son particulares, pueden darse por diferentes situaciones o contextos donde estén inmersas las personas. Es bien conocido que los ambientes laborales especialmente aquellos que están comprometidos al manejo y responsabilidad humana pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, presentándose entonces lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece como

resultado de un proceso continuo, es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes; y desde las primeras conceptualizaciones se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización eran los más proclives a desarrollarlo.

El burnout compone de tres dimensiones: 1.- Agotamiento o cansancio emocional, definido como fatiga que puede ser de naturaleza física y/o psíquica, 2.- Despersonalización que se manifiesta como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas, negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente a las que se benefician de su propio trabajo, 3.- Baja realización personal o logro, caracterizado por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima. (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Apples, 1998, Atance, 1997; Chacón, Vecina, Barón y De Paúl, 1999; Olmedo, Santed, Gil Monte, 1991; 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001; Tortella-Feliu, 2001; Wright y Bonett, 1997; Yela, 1996).

En el nivel interno es necesario realizar una labor educativa con el fin de modificar y/o desarrollar actitudes y habilidades que permitan mejorar la capacidad de los profesionales para enfrentar las demandas de su trabajo, realizando actividades externas al trabajo, como mantener relaciones personales, familiares y de compromiso social enfocándonos en nuestro país se puede manifestar que las investigaciones presentan algunas deficiencias en lo referente a la consolidación de modelos teóricos sólidos, que direccionen correctamente los estudios y que relacionen al síndrome con otros campos incluyentes en el entorno de la Psicología Social.

Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgos psicosociales entre ellos el burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del burnout en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país.

Es vital indicar que se necesita enfocar de manera debida y correcta todos los esfuerzos para realizar un trabajo eficaz y coherente sobre este tema, ya que este síndrome está atacando de manera especial y principal a una de las profesiones más fundamentales en el medio, pues la figura de trabajador de la salud encierra e implica una responsabilidad medular y primaria en la sociedad, se necesita brindar respuestas y asesoramiento debido para enfrentar y brindar soluciones debidas ante este problema, ya que al hablar de los trabajadores en el área de la salud estamos hablando de aquellos profesionales que tienen en sus manos vidas humanas, y ante esta realidad debemos actuar con principios y con ética al momento de analizar cada una de las perspectivas y enfoques que encierren este tema.

Es en este medio competitivo, el mismo que nos impone excelencia, entrega y dedicación el escenario propicio para que se desarrolle este tipo de problemas, mismos que tienen como común denominador aparecer y surgir en las personas que están ejerciendo una profesión de gran responsabilidad, mismas que se encaminan y se direccionan en brindar una ayuda generalmente social, y se enfrentan con una disyuntiva que muchas veces perjudica a su estabilidad emocional, cuando el equilibrio se ha perdido producto de una serie de circunstancias que hacen el profesional se sienta agotado, frustrado sin aspiraciones y sin interés antes sus pacientes.

Es por todo lo anteriormente señalado que resulta urgente y necesario realizar una investigación muy profunda y eficaz, guiada en parámetros óptimos, que nos permitan enfocar todo lo referente al este síndrome que se ha convertido en una verdadera amenaza a todo profesional que está al servicio del ser humano, cuya responsabilidad y eficiencia es clave para que obtenga retribuciones no solo de carácter económico, sino más bien espiritual y humano.

Dentro del trabajo de investigación nos planteamos diversos objetivos entre ellos enfocándolos en esta introducción tenemos los siguientes:

Objetivo General:

- Identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.

Objetivos Específicos:

- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social proveniente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el burnout.

Cabe mencionar que este estudio posee las siguientes características:

Es cuantitativa.- Ya que analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.

Es no experimental.- Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Es transversal.- Es decir se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

Es explorativo.- Ya que se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Es descriptivo.- Porque se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga. (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

3. MARCO TEÓRICO

3.1.1. CAPITULO 1.1. Conceptualización del Burnout

a. Definiciones del Burnout.-

Hay que reconocer que el entorno laboral actual ha conducido a la aparición de factores en todo nivel y características, mismos que han repercutido en el normal desenvolvimiento de los profesionales y es su capacidad de ejercer con una aplicación basada en el equilibrio y efectividad, sin duda uno de estos factores en el mencionado Síndrome de Burnout, básicamente nos referimos a un estado de agotamiento emocional, físico y mental grave en el que la persona se derrumba a causa del cansancio físico y estrés que surge de la interacción social y rutina laboral generalmente intensa.

Se reconoce como el estado de agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo, cuya prevalencia se ha ido incrementando y que ha venido a constituirse en un problema social y de salud pública que conlleva, por tanto, un gran coste económico y social por lo que cualquier esfuerzo para su estudio debe ser bienvenido. (Monte, P., 2009).

Es necesario acotar que en el estudio a nivel científico que exige el marco conceptual se recalca insistentemente que el término burnout es sinónimo de desgaste profesional, y su traducción literal al castellano es «estar quemado». Dicho vocablo fue acuñado por Freudenberger (1974); tomando un término, por aquel entonces de uso coloquial, que definía los efectos del abuso prolongado de drogas («burned out on drugs») para referirse a un estado de cansancio físico y emocional resultante de las condiciones de trabajo.

En la década posterior diversos autores elaboraron otras definiciones del síndrome, siendo la más consolidada la realizada por Maslach y Jackson (1981), quienes lo consideran como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales serían: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada hacia los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas a realizar, unido a la percepción de escasas posibilidades de promoción personal.

Actualmente, se concibe el burnout como una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores laborales, pero también en individuales considerados como moduladores y sociales admitidos como facilitadores. Sin embargo, en muchos individuos quemados aparecen otros síntomas, algunos en clara relación con el entorno laboral, pero otros sobrepasan dicho ámbito, influyendo notablemente en todas las actividades del individuo; dichos síntomas se pueden agrupar en: Psicosomáticos (cefaleas, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores osteomusculares, alteraciones menstruales en la mujer, insomnio, hipertensión, asma e incluso patología coronaria). Conductuales (absentismo laboral, abuso de drogas, conducta violenta o de alto riesgo, conflictos en distintos aspectos).

En definitiva se podría deducir que el síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización. (Gil-Monte, 2000).

b. Modelos explicativos del Burnout.-

Desde el enfoque psicosocial de Gil-Monte, (2000), manifiesta que el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.

Se puede señalar al mismo tiempo un enfoque basado en las teorías del intercambio social que consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Buunk y Schaufeli (1993) manifiestan que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo abarcando de esta manera las distintas áreas sociales en las que se desarrolla el profesional.

En lo referente al enfoque de la teoría organizacional que se pone de manifiesto antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.

Un modelo característico de este grupo es el modelo de Winnubst (1993), que resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Es importante indicar para estructurar un buen aporte científico a este trabajo de tesis que los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

En las burocracias mecánicas, el síndrome de quemarse por el trabajo es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, por la monotonía y por la falta de control derivadas de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud), el síndrome está causado por la relativa laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, en base a un ambiente de presión y competitividad laboral-profesional.

c. Delimitación Histórica del Síndrome de burnout.-

Al hablar del aspecto histórico del síndrome se señala que el primer antecedente histórico data de 1953, y se refiere a las enfermeras de un hospital psiquiátrico inglés, donde Schwartz y Hill, observaron un bajo rendimiento con una baja moral entre este personal y sus pacientes.

La primera definición de Burnout fue dada en la década de 1970 por Freudenberger Herbert como “un agotamiento profesional, causado por la utilización excesiva de energía y de recursos que provocan un sentimiento de fracaso, agotamiento e incluso de extenuación.”

Freudenberg trabajaba en una clínica de toxicómanos en New York, y observó que al año de estar allí la mayoría de los trabajadores sufría una pérdida de energía, cansancio físico y psicológico, ansiedad, depresión, dolores somáticos, etc. En sus escritos, aparece por primera vez el término Burnout en los años 70.

Más tarde, este mismo autor, en los años 80 añadió: “Me di cuenta de que las personas que cuidaban a los toxicómanos, eran a veces víctimas de un incendio, como el 34 de un inmueble, bajo los efectos de la tensión producida por nuestro mundo complejo, dejando un vacío en su interior aunque exteriormente se mantenga más o menos intacto.” Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso

En 1975, en San Francisco, la psicóloga Cristina Maslach estudio las respuestas emocionales de los “profesionales de ayuda” que tras un tiempo presentaban un cuadro de desmotivación, falta de realización, con una sobrecarga emocional importante. Para una mejor evaluación de este tipo de paciente, en 1981, diseña el Maslach burnout inventory.

La comunidad científica, recibió un poco escépticamente este síndrome si bien hoy en día, además de un problema de salud, es un problema social remarcable, ya que afecta a un porcentaje de la población laboral cualificada importante.

En 1976, Maslach, describe el S.B. como “Una incapacidad de adaptación del profesional, debido a un estrés emocional continuo, causado por el entorno del trabajo “

Más recientemente, 1998, D. Bedard y A. Duquette, en trabajos realizados con enfermeras en Québec, han establecido la definición más actual y universalmente admitida.

“El Síndrome de burnout es una experiencia psíquica negativa, vivida por el individuo, relacionada con un estrés emocional y crónico causado por un trabajo que tiene por objeto ayudar a las personas “

En 1984 Freudemberger y North presentan este síndrome como resultado de un proceso evolutivo, en la relación a aspectos como el trabajo, en los que se diferencian diferentes fases como son:

1. Fase de entusiasmo.
2. La estabilización.
3. La frustración.
4. La desmoralización.

Estas cuatro fases no son universalmente admitidas; si bien, la acumulación de situaciones de estrés emocional, a medio plazo, comenzaría a iniciar los síntomas del S.B. dependiendo de los autores, en 2-5 años, se podría desarrollar el síndrome. (Martínez, F, 2008).

Otro aspecto que también se puede anotar constituye la edad que al parecer no influyera en la aparición del síndrome, pero se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas

hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada.

Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

d. Poblaciones propensas al Burnout.-

Mediante la aplicación de diversos estudios y casos se ha observado que son susceptibles de burnout las personalidades emotivas, es decir, aquellos que tienen más desarrollada la sensibilidad para temas relacionados con el trato humano, los llamados «activistas sociales» que ofrecen ayuda a los demás y los calificados de «visionarios» porque toman su labor más como una cruzada que como una tarea para ganarse la vida, las personas autoexigentes, con baja tolerancia al fracaso y perfeccionistas (Mansilla, F. 2012).

Es decir que en estudios anteriormente indicados se encajarían los médicos, enfermeras, personas que como profesionales tienen en sus manos la responsabilidad de cuidar y salvar vidas humanas. Es importante mencionar un aporte de García Izquierdo (1991) planteó que el burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos". Se presenta en aquellas profesiones que deben mantener una relación

continua de ayuda hacia personas en situación de vulnerabilidad; a saber: médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc.

e. Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.-

Cabe indicar que existen valiosos aportes de varios autores basados en estudios profundos el Síndrome de Burnout, que explican el síndrome del burnout parte de la naturaleza psicosocial del fenómeno. Estos modelos han contribuido a entender la evolución, comprensión y diagnóstico del síndrome en el contexto laboral, pero resultan un poco insuficientes al momento de comprender el desarrollo del burnout laboral, entre ellos menciono rápidamente a los siguientes:

Rueda (2000) señala que existe una fase irreversible del síndrome, donde aparece, como única solución, el abandono de las actividades laborales “Modelo tridimensional del MBI-HSS” de Maslach (1982), propone que el síndrome inicia con la aparición de agotamiento emocional, posteriormente aparece la despersonalización y por último la baja realización personal en el trabajo. En otro estudio de Golembiewski, Munzenrider &, Carter (1983), propone como síntoma inicial la despersonalización pasando a la baja realización personal, y posteriormente al agotamiento.

El modelo de Edelwich y Brodsky (1980), se diferencia de los anteriores por considerar el burnout como un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, y es de naturaleza cíclica, de manera que puede repetir en diferentes momentos en la vida laboral de un sujeto, en el mismo o en diferentes trabajos.

Este modelo propone cuatro fases: a) entusiasmo; b) estancamiento; c)frustración y d) apatía. Se acota igualmente lo manifestado por Price y Murphy (1984), sus estudios se centran básicamente en la naturaleza adaptativa del síndrome ante el estrés laboral. Este proceso se asemeja a un duelo, pues conlleva a nivel personal la pérdida de la ilusión, a nivel interpersonal la pérdida de los beneficios, y a nivel social la pérdida de un trabajador competente para el sistema.

Desde esta perspectiva, se desarrollan varias fases sintomáticas: a) desorientación; b) labilidad emocional; c) culpa, debido al fracaso profesional; y d) soledad y tristeza. Esto podría desembocar en la necesidad de implementar estrategias de solución pasando por una solicitud de ayuda con el fin de restablecer el equilibrio. Por último, el modelo de Gil-Monte (1999), toma base en la interacción de las emociones y las cogniciones que se establecen en las diferentes esferas del funcionamiento del sujeto.

Se distinguen aquí dos fases, en la primera aparece un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo, y un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico, así como por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y lesivos.

En la segunda fase, los síntomas anteriores se acompañan de sentimiento de culpa. Si bien cada uno de los anteriores modelos señala que el síndrome evoluciona de acuerdo a unas determinadas fases claramente identificables, desde otra perspectiva podría considerarse que existan diversas trayectorias evolutivas dependiendo de diferencias contextuales, situacionales e idiosincráticas del sujeto. Por consiguiente, la evolución del síndrome podría evolucionar sin que existiese una frontera nítida entre fases o estados, sino quizás, una diferenciación en sus cualidades e intensidades

En términos generales, desde la perspectiva psicosocial, en el plano laboral existe el consenso que el síndrome se caracteriza por ser insidioso, en el sentido de que se impregna poco a poco y va oscilando con intensidad variable en una misma persona. Con frecuencia, es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente se sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está su frontera.(Salanova & Bresó, 2005).

f. Características, causas y consecuencias del Burnout.-

Al referirnos de las causas del Síndrome de Burnout se expresa que en el nivel individual: la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto

personal la solución de los problemas. Consecuentemente se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

Con respecto a las relaciones personales: las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o de diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Desde un nivel organizacional: los individuos que trabajan en organizaciones que responden a un esquema de burocracia profesionalizada y que ofrecen servicios de ayuda provocan problemas de coordinación entre sus miembros, padecen la rápida incorporación de innovaciones, la falta de respuesta de los directivos hacia los problemas, estas situaciones provocan estresores de tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga del rol.

En el entorno social: las condiciones sociales de cambio en las que se ven inmersas estas profesiones (cambios en reformas de leyes y estatutos, cambios en los perfiles demográficos en la población, etc.) son factores desencadenantes del Síndrome de Burnout. (Gil - Monte y Peiró 2000).

Evidentemente, las consecuencias del Burnout traen aparejadas implicaciones personales y sociales. Personales, debido a la carga de sufrimiento que debe soportar quien las padece; y sociales, porque los grupos y las organizaciones se resienten en cuanto a la bondad de las relaciones, la calidad de los servicios, la eficiencia en el trabajo, las bajas laborales, etc. Se trata, sin duda, de un fenómeno pluridimensional, sólo abordable desde análisis multidimensionales.

Cuanto más amplio es el conocimiento que se va generando, más apasionante es profundizar en su complejidad. (Peiró y Salvador, 1993; Salvador y González-Bono, 1995). El burnout ha sido vinculado a varios resultados negativos organizacionales, incluyendo un aumento de rotación y ausentismo (Parker y Kulik 1995), menor compromiso organizacional (Hakanenet al. 2008; Thoresen et al. 2003), conductas de ausencia del empleado (Duijts et al. 2007; Iverson et al. 1998; Neveu 2007) y uso de violencia autorreportado por parte de oficiales de policía contra civiles (Kop et al. 1999).

Me concentraré en la relaciones burnout–desempeño en el trabajo, aunque la evidencia disponible es aún escasa, ella apoya el argumento de que el burnout está diferencialmente relacionado con desempeño de trabajo autoevaluado, evaluado por supervisor y medido objetivamente.

Como características se señalan las siguientes: Agotamiento físico y mental, actitud de autosabotaje e indiferencia frente a las actividades y compromisos percepción de baja autoeficacia. Definidas de forma más centrada y científica diríamos que conllevan características como el agotamiento emocional, despersonalización, y una baja realización personal. El agotamiento emocional se refiere a sentimientos de estar vacío de los recursos emocionales propios.

Esta dimensión fue considerada como el componente básico de estrés individual del síndrome (Maslach et al. 2001). La despersonalización, que se refiere a la respuesta negativa, cínica, o excesivamente indiferente hacia otras personas en el trabajo, representa el componente interpersonal del burnout. La baja realización personal se refiere a los sentimientos de declinación en la competencia y productividad de uno y a la sensación de autoeficacia disminuida; representa el componente de autoevaluación del burnout (Maslach 1998).

g. Prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout.-

Al revisar estudios y aportes en el área preventiva refiero que en las evaluaciones e intervenciones diseñadas para reducir el burnout, se ha argumentado que las intervenciones basadas en el lugar de trabajo dirigidas a reducir el estrés y modificar algunas de las respuestas de adaptación inadecuada al estrés a menudo tienen poco o ningún efecto según aportes de Briner y Reynolds (1999). La mayoría de las intervenciones del burnout informadas en la literatura están orientadas al individuo y proporcionan tratamiento, no prevención, muy parecida a otras intervenciones del estrés (Nelson et al. 2001).

Hay apenas algunos informes sobre intervenciones que estuvieron basados en una auditoría sistemática de las fuentes estructurales del burnout del lugar de trabajo, con los objetivos de aliviar o eliminar los distintos tipos de estrés que conducen al fenómeno.

Una intervención frecuentemente utilizada por organizaciones que intentan aliviar el burnout entre sus empleados son los grupos de apoyo entre pares, tales grupos de pares fundamentados en el apoyo proporcionan a sus miembros apoyo de información y emocional y en algunos casos apoyo instrumental también. Debido a que el apoyo social es una ruta potencial principal para los recursos que están más allá de aquellos que los individuos poseen directamente, es un recurso crítico en muchas situaciones estresantes relacionadas con el empleo, según lo manifiestan Hobfoll y Shirom (2000); y puede ayudarlos a reponer sus agotados recursos energéticos. Sin embargo, la forma en que se emplea realmente el apoyo social depende de varios factores, incluyendo el sentido de dominio y control ambiental de uno, para evitar futuros roces y contiendas como resultado de dicha interacción.

La gerencia superior es decir una adecuada dirección y guía de parte de los estamentos correspondientes a nivel organizacional, mediante formación, visualización, promoción, reconocimiento, etc, tiene un papel que jugar en el establecimiento de medidas de prevención, incluyendo pasos para disminuir el estrés crónico relacionado con el trabajo, especialmente sobrecarga; programas de capacitación diseñados para promover técnicas efectivas de manejo del estrés e instalaciones recreativas en el lugar.

Las intervenciones organizacionales tienen un gran potencial para reducir el burnout, pero son complejas de implementar y costosas en términos de los recursos que se requieren. La naturaleza cambiante de las relaciones de empleo, incluyendo la naturaleza transitoria y dinámica del contrato psicológico empleado-empendedor, implica poner más énfasis en los métodos orientados al individuo para combatir el burnout. El papel de los recursos de manejo del individuo, incluyendo autoeficacia, resistencia, apoyo social de los amigos y la familia, puede llegar a ser más importante en futuras intervenciones.

3.2.1.- CAPITULO 1.2. Conceptualización de las variables de la investigación.-

a. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

Al mencionar el tema de la relación de las variables sociodemográficas y laborales con el síndrome de Burnout abarcamos un sinnúmero de aspectos, que tienen su origen en el mismo aspecto existencial de la persona que tiene el síndrome y su entorno, el mismo que define en muchas ocasiones la aparición, gravedad, intensidad y manera de afrontamiento del individuo ante el Burnout, dicha relación estará enmarcada en distintas áreas que se tratará de tomar en cuenta para una mejor explicación, entendimiento y sobre todo tratamiento eficaz del síndrome.

Variables de riesgo y protectoras.-

Existen numerosos aspectos que se mencionan entre las variables de riesgo entre ellas mencionaremos:

La edad.- Aspecto anteriormente indicado, el mismo que indica que existe una predisposición entre los profesionales jóvenes es decir con menos edad para padecer el Burnout.

- El género manifestándose que las mujeres tienen a adquirir este síndrome en más cantidad puesto que además de la carga laboral tienen que afrontar la carga familiar, en cambio otros estudios manifiestan que el hombre presenta también riesgo alto puesto que la mujer tiene mayor capacidad de confrontación y disposición ante aspectos de inestabilidad y peligro emocional.

- El estado civil, se asocia el aspecto de que los profesionales solteros serían más propensos a tener Burnout, en comparación con los casados y con pareja estable.

- La turnicidad y sobrecarga horaria laboral, en donde extenuantes jornadas laborales complican el desenvolvimiento y normal desarrollo del profesional.

- El salario que en muchas ocasiones no está acorde con trabajo realizado, siendo un aspecto negativo mediante el cual no se reconoce eficazmente una labor basada en el sacrificio. (Grau, Armand, 2009).

Motivación y satisfacción laboral.-

La motivación es un importante aspecto que sirve de base y apoyo a cualquier persona que realiza determinada labor, pues casi toda la conducta consciente del ser humano se lleva a cabo por un motivo o una causa. El papel de la motivación en el desempeño se resume en el modelo de la motivación interna y externa que abarque las necesidades y metas de la persona. La motivación en el área laboral constituye en el conjunto de fuerzas internas y externas que hacen que un empleado elija un curso de acción y se conduzca de ciertas maneras. (Newstrom, 2008 p.101).

En lo referente al trabajo y desempeño profesional diremos que la motivación es una combinación compleja de fuerzas psicológicas, somáticas, espirituales, etc que se encuentran dentro de cada persona y que sirven como guía y refuerzo para el momento de actuar y decidir comportamientos y conductas en determinadas situaciones.

La motivación requiere de saber descubrir y entender los impulsos y necesidades de los individuo, ya que surge dentro de ellos, se debe tomar en cuenta que se debe reforzar los actos y alcances positivos que se logren dentro del nivel laboral, además se tiene que tener presente que los profesionales se encontrarán más motivados cuanto tengan metas y propósitos claros encasillados en cimientos de equidad, transparencia y libertad.

Investigaciones realizadas.-

En primer lugar se analizan los estudios centrados en aislar las diferentes causas de tipo sociodemográfico, organizativas y de personalidad mediante las cuales se determina lo siguiente:

El análisis de numerosas variables sociodemográficas, de la personalidad y de la organización, buscando correlaciones de éstas con el burnout.

El elevado número de resultados contradictorios hace plantearse la posibilidad de que los procedimientos metodológicos utilizados sean muy flexibles y que la fiabilidad y validez de estas investigaciones pueda verse afectada por las dificultades en definir muchos de los términos utilizados.

Los estudios descriptivos con diseños correlacionales que estudian la relación entre estrés, burnout y otras variables, fundamentalmente sociodemográficas, se repiten en casi todos los países. En Alemania, Knight-Wegenstein (1973) realizó uno de los estudios pioneros en el ámbito de la educación en el que obtuvo que un 87,6% de los 9129 profesionales estudiados aparecían como afectados por un elevado grado de tensión en el trabajo. También en Alemania, Kohnen y Barth (1990), en un estudio realizado sobre 122 profesionales, señalaron que solo un 28% informaba de mínimos síntomas de burnout frente a un 43 % con síntomas moderados y un 28,7% con síntomas severos.

En esta línea, se repiten este mismo tipo de investigaciones en países de todo el mundo, señalando en todos elevadas puntuaciones en diversas medidas de estrés y burnout. Destacan las realizadas por Brenner (1982) en Suecia, Kyriacou (1980), Capel (1987) y Chakravorty (1989) en Inglaterra, Borg y Falzon (1989) en Malta, Temml (1994) en Austria, Tomashevskaja (1978) en Ucrania, Pines, Arosón y Kafry (1981) en Estados Unidos y Esteve (1994) en España.

b. El burnout y la relación con la salud.-

Definiciones de salud.-

Es vital iniciar el concepto de salud citando su significado: La palabra salud viene del latín (salus, salūtis: salud, salvación). En la Constitución de la OMS se definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como la ausencia de enfermedad. Pero esta definición pone a la salud como un objetivo utópico, la obtención de un estado de “completo bienestar” es casi inalcanzable; definiéndose así, pone a la salud como una aspiración, es necesario, pues, poner mecanismos y actitudes para lograrla.

Esta definición subjetiva de salud como bienestar, conlleva la percepción personal, por lo tanto, está influida por vivencias, expectativas, situación personal en el grupo social, etc. El sano no se siente bien conscientemente, sino que se comporta sin sentirse mal. Hay situaciones que nos producen malestar (como los zapatos que nos aprietan o el sonido-

máquina del vecino), que no suponen falta de salud, y otros como las displasias malignas de cérvix o las caries asintomáticas, que no provocan malestar y que suponen un riesgo para la salud e incluso para la vida, como son las primeras.

Siendo más específicos diremos que la salud sería el equilibrio del organismo con su ambiente. El estado de salud de las personas está, en gran parte, en función del medio y de su modo de vida en ese medio. (Canguilhem, Georges, 2010).

Es importante manifestar la relación entre nuestro tema el burnout con la definición específica de salud tomando en cuenta que la salud estaría constituida por las cualidades de la vida humana necesarias para enfrentarse con las exigencias sociales, superando el grado mínimo de funcionamiento orgánico que le permita su desarrollo pleno, entonces se llegará a la conclusión de la salud es la base primaria para que la estructura existencial-profesional se desarrolle de forma precisa y eficaz.

Síntomas somáticos.-

Entre los síntomas somáticos que se presentan en un profesional que padece del síndrome de burnout tenemos los siguientes:

Palpitaciones, hipertensión, dolor precordial, asma, catarros frecuentes, infecciones frecuentes, alergias, dolores cervicales, dolor de espalda, fatiga crónica, alteraciones menstruales, diarrea, insomnio, ulcera gastroduodenal, jaqueca; frecuentes dolores de cabeza; pérdida de peso y dolores musculares.

Fisiológicamente el síndrome se manifiesta en dolor cervical, úlceras, tensión muscular, aumento de enfermedades, dolencias médicas preexistentes (como hipertensión arterial, jaquecas, lumbago, asma y alergia); puede haber una susceptibilidad creciente a varios problemas gastrointestinales, dolores musculares y cambio de peso (Patrick, 1979; Carroll & White, 1982; citados por Borja et al., 2001).

Las alteraciones físicas son las mayormente percibidas por el individuo que las sufre y las que causan un mayor impacto sobre su calidad de vida. Estos síntomas presentados no

sólo producen consecuencias en el plano físico e interpersonal de la persona afectada sino que también tiene repercusiones directas sobre la organización para la cual trabaja. Uno de los indicadores más clásicos es la baja satisfacción laboral. Una baja satisfacción laboral se traduce en un deterioro de la calidad de servicio que el trabajador ofrece, puesto que los síntomas presentados pueden ser tan fuertes que interfieren en el desenvolvimiento normal y equilibrado del profesional de la salud.

Ansiedad e insomnio.-

La ansiedad y el insomnio son enfermedades que son muy frecuentes y pueden alterar las funciones y las actividades normales de los que la padecen. Los trastornos de ansiedad son un motivo frecuente de consulta. Los trastornos de ansiedad son probablemente uno de los trastornos psiquiátricos más frecuente. Entre estos se incluyen el pánico, la fobia social y las específicas, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada entre otras

La ansiedad es un sentimiento universal, que si se encuentra presente en un grado moderado sirve como un mecanismo adaptativo, ayuda al individuo a enfrentarse a determinadas situaciones, a tener iniciativas y le preparan para la acción. Si la intensidad de la ansiedad sobrepasa determinados límites, esa función adaptativa se pierde y la ansiedad se vuelve en contra del sujeto, comienza a somatizar y restringir su libertad. (Patrick, 1979; Carroll & White, 1982; citados por Borja et al., 2001).

El insomnio en cambio se produce cuando el individuo no tiene un descanso nocturno normal, se le dificultad conciliar el sueño, o se despierta y no puede volver a dormir, es decir que cuando existe un trastorno del sueño este afecta la actividad diurna normal, y por ende a sus actividades en todo nivel incluyendo y de sobremanera al nivel profesional. (CBP. Psicólogos, Artículos, 2012).

Disfunción social en la actividad diaria.-

El factor de interrelación social en el ser humano es muy importante, por la relación directa que este tiene con la calidad de vida, con las actividades diarias, funcionales y profesionales del individuo.

Las actividades de vida diaria mediante la comunicación, y convivencia con su entorno se consideran importantes en todos los ámbitos de existencia en la persona, a tal punto que cuando existe una alteración o disfunción en sus actividades la persona se ve y se siente afectada en lo más profundo de su capacidad de transmitir sus habilidades conocimientos e intercambiar experiencias que le permiten crecer y desarrollarse de forma normal; el normal desenvolvimiento de dichas relaciones contribuyen de manera provechosa y significativa para la calidad de vida.

Al referirnos de disfunciones o alteraciones sociales en profesionales estamos mencionando un problema muy serio puesto que la correcta una correcta relación social constituye en el profesional un puente vital para comunicarse y relacionarse con las personas que necesitan de sus servicios. (CBP. Psicólogos, Artículos, 2012).

Tipos de depresión.-

Se conoce dentro de los tipos de depresión a tres grupos que son: Trastorno de depresión mayor, Distimia o depresión menor, y Trastorno Bipolar.

El primer tipo se manifiesta por una combinación de los síntomas de la depresión que interfieren en la vida cotidiana: estados del ánimo deprimidos la mayor parte del día, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades, pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o exceso de sueño, lentitud o agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte. El segundo, es uno de los estados del ánimo depresivos de larga duración acompañado de alguno de los síntomas del Episodio Depresivo Mayor.

Es un tipo de **depresión** menos grave pero que interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona. El tercero, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (**depresión**). Los cambios del estado del ánimo pueden ser dramáticos y rápidos. (CBP. Psicólogos, Artículos, 2012).

Investigaciones realizadas.-

Haciendo un análisis de la literatura en *burnout*, se observa que la mayor parte de los estudios realizados se limitan a la caracterización de este síndrome y que la menor parte se dedica a emprender estrategias de intervención a favor de la prevención y el mejoramiento de la calidad de vida de este personal. Esto es explicable, naturalmente, por la necesidad de lograr una plena caracterización de un fenómeno tan conceptualmente controvertido.

Estos trabajos tuvieron sus antecedentes en investigaciones precedentes que identificaron algunos estresantes en el trabajo de los enfermeros de oncología, y que evidenciaron una relación significativa entre los años de experiencia profesional y el surgimiento de estados emocionales negativos, determinada aparentemente por mayor tiempo vital de exposición a situaciones estresantes.

La ira fue la respuesta emocional más frecuente en esta muestra, lo cual puede explicarse porque las situaciones estresantes encontradas constituían demandas de difícil satisfacción con los cuidados habituales de enfermería, generando sentimientos de impotencia y frustración, generalmente relacionados con estos estados. Estas situaciones fueron calificadas como altamente complejas, ambiguas, ante las cuales los enfermeros tenían pocas expectativas de control, reflejando manifestaciones profundas, frecuentemente vinculadas a la connotación de sufrimiento y muerte. (CBP. Psicólogos, Artículos, 2012).

c. El Burnout y el afrontamiento.-

Definición de afrontamiento.-

Es preciso anotar que algunos investigadores consideran que el afrontamiento es más un rasgo estable de personalidad que un proceso contextual. (Zabalegui. A. 2002. p. 28). El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales; constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Folkman y Lazarus, 1985).

Teorías y Estrategias de afrontamiento.-

Se proponen dos estrategias generales para afrontar el estrés: 1) afrontamiento directo o acción directa, una estrategia aplicada externamente a la fuente ambiental de estrés para intentar dominar la transacción estresante con el ambiente; y 2) afrontamiento indirecto o acción paliativa, una estrategia aplicada a las propias emociones, en la que la persona intenta reducir el trastorno cuando es incapaz de controlar el ambiente o cuando la acción es demasiado costosa. Pines y Kafry (1981), en un estudio sobre “estar quemado” y afrontamiento, añaden una dimensión activo/inactivo a la dimensión directo/indirecto propuesta por Lazarus.

Las estrategias de afrontamiento activo implican confrontación o intento de cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, mientras que las estrategias de afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos. La combinación de las dos dimensiones dicotómicas generan cuatro tipos de estrategias de afrontamiento: directo/activo (cambiar la fuente de estrés o confrontación con la persona que causa el estrés), directo/inactivo (ignorar la fuente de estrés o abandonar la situación estresante), indirecto/activo (hablar sobre el estrés), indirecto/inactivo (beber alcohol, tomar drogas, etc.).(Hernández, G. p. 326).

En torno al tema de las estrategias que se aplican para ejercer el afrontamiento citamos algo muy importante que refleja la actitud que se tiene que aplicar ante un dolor crónico

que se considera parte de una enfermedad especialmente terminal, y como tal las estrategias de afrontamiento empleadas para hacerle frente son elementos importantes en su tratamiento. El modelo teórico transaccional planteado por Lazarus y Folkman (1984), es el habitualmente empleado para explicar la dinámica del afrontamiento.

Desde esta perspectiva se realiza una revisión sobre los principales aspectos que influyen en el afrontamiento: antecedentes (características de personalidad), valoración del dolor, instrumentos más empleados y estrategias más adaptativas y sus relaciones con la calidad de vida del enfermo con dolor crónico. Se ponen de manifiesto diversos problemas conceptuales, metodológicos y de aplicación del concepto de afrontamiento. (Hernández, G. 2003. p. 324), (Soriano, J, 2010)

Investigaciones Realizadas.-

A pesar de que los investigadores utilizan instrumentos dirigidos a identificar rasgos o características estables de la personalidad, lo que en muchos casos encuentran es una considerable variabilidad en los estilos de afrontamiento. Por esta razón, algunos autores han combinado en una única teoría el afrontamiento como estilo personal y como proceso contextual. Bajo esta teoría se estudia el grado de estabilidad (predisposición personal) y variabilidad (influencias contextuales) del afrontamiento respecto a los distintos estresores. ; en otros estudios (Parasuraman y Cleek, 1984; Parkes, 1990). Leiter (1990, 1991),

A partir de un estudio longitudinal, señala que las estrategias de afrontamiento de control previenen el síndrome de “quemarse” (Hernández, G. 2003. p. 326). et al. Burnout y afrontamiento, J Clin Health Psychol, Vol. 4, N° 2 que aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome. Ceslowitz (1999) señala que las enfermeras con menores sentimientos de “quemarse” emplean con mayor frecuencia estrategias. (Hernández, Lastenia, 2012).

Con respecto al trabajo de investigación de tesis sobre el burnout se manifiesta que el apoyo social sea interno o externo, debe darse durante toda la actividad profesional, puesto que de su adecuada manifestación dependerá la aparición y posible solución ante

el mismo, habrá que tomar en cuenta que el apoyo social es preponderante e importante, ya que el profesional al sentir un respaldo se verá aclimatado y seguro de ejercer en un clima de confianza y equilibrio.

d. El burnout y la relación con el apoyo social.-

Definición de apoyo social.-

A pesar de ser uno de los temas más estudiados en distintas disciplinas relacionadas con la salud, no hay una definición clara y consensuada de apoyo social, sin embargo la categoría de "apoyo social" ha permitido desarrollar toda una corriente de investigación que busca explicar algunas de las diferencias existentes en la distribución de ciertas enfermedades tanto físicas como mentales. El concepto de apoyo social presenta varios problemas que es preciso resolver, pues el apoyo social constituye un cimiento para contrarrestar de alguna forma los problemas y consecuencias derivadas de alguna realidad ó problema social. El constructo Apoyo Social (AS) aparece en los últimos años asociado significativamente al proceso salud/enfermedad. El deficiente AS se relaciona a mayor riesgo de enfermedad y alteración inmunológica (Myers y Fahey, 2000).

Modelos Explicativos del Apoyo Social.-

Se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud: el efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (modelo amortiguador).

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o

bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

Es importante mencionar algunas implicaciones teóricas del modelo del efecto directo. Dado que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés.

Apoyo Social Percibido.-

El apoyo social percibido tiene que ver con el apoyo y asistencia que la persona o profesional que padece del síndrome de Burnout recibe de su entorno directo: pareja, familia, amigos, etc, siendo importante enfocar aspectos como el sentimiento o percepción que tiene el individuo en lo que refiere al apoyo directo de sus seres más allegados, es decir que el apoyo social percibido se basa en la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita.

Apoyo Social Estructural.-

Se ubica y desenvuelve entre la estructura de los lazos sociales el apoyo recibido, se desarrolla en medida que se originan los lazos sociales de la persona, ya que se debe considerar que el ser humano no es un ser aislado, mientras más sociabilizado este; más difícil será la repercusión de un problema o síndrome.

En definitiva, la importancia de contar con una red de apoyo social radica no sólo en que permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también se ha vinculado estrechamente a bienestar psicológico (Thompson et al., 2000).

Investigaciones realizadas.-

Los trabajos de Cassel y Cobb dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés 25. Desde entonces, la investigación realizada en este campo ha crecido geométricamente.

Este cúmulo de investigaciones, sin embargo, no es la consecuencia del descubrimiento de una nueva idea, sino que es el resultado de esfuerzos parcialmente exitosos de encontrar y acumular evidencias "duras" en esta materia. Sin embargo, a pesar de la enorme cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de apoyo social continúa siendo ambiguo: es común encontrar que términos tales como "relaciones sociales", "redes sociales", "integración social", "vínculos sociales", y otros, son usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo.

Otras investigaciones reportan que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social que se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental. En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud. De hecho, habría que señalar que los modelos causales que siguen esta línea de investigación sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, "lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud". (Castro, Roberto, 1997)

e. El burnout y la relación con la personalidad.-

Definición de personalidad.-

Se define a la personalidad como: el proceso y la formulación de los mecanismos que definen el desarrollo del individuo, **la personalidad es el conjunto de características, físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo y que lo hacen diferente y único respecto del resto de los individuos.** En tanto, la interrelación y la comunión de todas estas características, generalmente estables, serán las que determinarán la conducta y el comportamiento de una persona y porque no también de acuerdo a la estabilidad de las

mismas predecir la respuesta que puede dar un individuo al cual conocemos ante determinada circunstancia o estímulo. (World Press, 2012).

Tipos de Personalidad.- Tipologías y clasificación de la personalidad

La descripción de la forma de ser de las personas es un ejercicio que en la sociedad occidental hunde sus raíces en los primeros filósofos interesados en la naturaleza humana, así encontramos en la Biblia y en los textos clásicos griegos diferentes tipologías para clasificar la variedad casi infinita que en la realidad podemos observar respecto a la conducta de las personas.

En la Biblia en Esau y Jacob eran descritos respectivamente como un hombre agresivo, bravo y Jacob un hombre tranquilo, paciente. La astrología también crea una clasificación de tipos. En la literatura del s.XVII encontramos que Milton describió en forma de poemas el carácter del alegre y tranquilo, el 1º era un amante de la música, las fiestas, el juego y el 2º se caracteriza por la reclusión, la melancolía, y la inteligencia.

Schopenhauer filósofo alemán describe que la personalidad depende de la relación entre dos rasgos que dependen del temperamento uno es la energía vital y el otro la capacidad o sensibilidad de sentir dolor, si la sensibilidad predomina será una persona inteligente, melancólica y si predomina la energía los considera fuertes de espíritu o persona torpe que tiende al aburrimiento si no está activo y realiza continuamente actividades vinculadas con el movimiento.

Nietzsche también hizo una clasificación el dionisiaco o apolíneo. Toda esta tradición converge en la obra de Jung mantiene que la personalidad se puede establecer mediante la pertenencia a unos determinados tipos psicológicos estos tipos los analiza considerando que el tipo de personalidad está constituido por dos elementos una actitud con dos polos extroversión e introversión y una función psicológica predominante, pensar, sentir, intuir y emocionarse.

Esta clasificación de Jung está planteada desde un trabajo racional (desde la teoría al experimento para demostrarla) en contraste con los métodos empíricos (parte de la observación o el experimento hacía la teoría). Entre las teorías puramente tipológicas se

sitúa la de Jung también conocida como la teoría de tipos psicológicos. En principio Jung pretende distinguir entre:

La **extroversión**: una aceptación fácil y sencilla que actúa sobre el sujeto, quiere influir y se deja influir por los demás, tendencia a relacionarse.

La **introversión**: no quiere relacionarse, realiza el trabajo con sus propias posibilidades.

Para Jung estas características se hacen visibles en la infancia y se mantienen constantes en la vida del sujeto.

Patrones de Conducta.-

Se conoce como patrones de conducta al conjunto de reglas o normas sociales, que se establecen para dirigir, guiar, y encaminar una acción, constituyen en si un conjunto de actitudes y comportamientos relacionados funcionalmente que se concretan en un estilo de interacción.

Locus de control.-

El locus de control se define como la creencia generalizada en la cual los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con la conducta del sujeto o, por el contrario, la creencia de que los refuerzos que siguen a la acción están bajo el control de otras personas, están predeterminados o son incontrolables, puesto que dependen de fuerzas como el destino o el azar (Linares, 2001). Rotter (1966), define el locus de control como una característica estable que actúa como modulador de la respuesta de estrés.

Desde los modelos cognitivos del estrés se establece que, gran parte del estrés psicosocial, deriva de la forma en que las personas piensan y evalúan la situación. Las creencias racionales e irracionales así como el locus de control forman parte de un amplio sistema de rasgos cognitivos de la personalidad que ejerce su influencia en las emociones y conducta de la persona a través de una gran variedad de situaciones.

La versión empleada incluye tres subescalas: Inadecuación, Actitudes Autoritarias hacia los alumnos y Baja Tolerancia a la Frustración. Para la medición del Locus de Control se empleó la Escala de Locus de Control del Profesor elaborada por Rose y Medway (1981).

Los síntomas de burnout y estrés fueron evaluados mediante el Inventario de Burnout de Maslach y una versión reducida del Listado de Síntomas de Hopkins que incluía las subescalas de Depresión, Somatización, Ansiedad y Sensibilidad Interpersonal. Los análisis multivariados realizados muestran resultados significativos en cuanto al papel de los diversos tipos de creencias irracionales en los síntomas de estrés y burnout.

Sin embargo, el Locus de control únicamente se asocia a los síntomas de ansiedad. Los resultados son discutidos en referencia a las implicaciones para la intervención en el estrés profesional. (“Apuntes de Psicología”, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos> 2012)

Investigaciones Realizadas.-

La Intervención e investigaciones realizadas sobre el tema de la personalidad, abre los caminos de los factores biológicos y las repercusiones que tienen sobre la personalidad. El recorrido se plantea desde los postulados del modelo de trabajo que ha adoptado cada autor. De este modo nos indican cómo hay que intervenir apoyados en los pilares del trabajo en el plano de lo psicoeducativo y en el plano estrictamente terapéutico.

El recorrido que se hace desde lo biológico que es determinante del desarrollo humano, la enfermedad, el daño cerebral, enfermedad de Alzheimer, sexualidad, trastornos de alimentación, adicciones y accidentes laborales y de tráfico hasta las reflexiones de la incidencia de la bioética en la persona, merece la pena.

La experiencia probada de los autores convierte estos capítulos en un verdadero arsenal de ideas y sugerencias que, de ser llevadas a cabo por los especialistas en estas áreas, van a suponer un verdadero impulso en el ámbito de la educación, orientación y terapia familiar. Como he afirmado al inicio, no hay verdadero trabajo sin profundo diagnóstico.

Por eso no podía faltar una parte importante dedicada a estudiar los factores a diagnosticar con las implicaciones concretas de cada uno de ellos. (Ríos, José, 2012).

Sobre las investigaciones realizadas del locus de control tenemos lo siguiente: Wallston pasa revista a los quince años que ha dedicado a investigar sobre el Locus de Control de la Salud. Esta línea de trabajo nació al aplicar la Teoría del Aprendizaje Social, y en concreto el constructo de Locus de Control de Rotter (1954), al campo de la salud.

La hipótesis general era clara y simple: aquellas personas que creen que su salud depende, en primera instancia de ellas mismas (locus de control interno), tendrán mejor salud que las que creen que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (locus de control externo), debido a que el locus de control de la salud interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud.

Sin embargo, en un ejercicio de autocrítica lúcido y admirable, Wallston reconoce los fallos de su hipótesis y, a la luz de un serie de trabajos empíricos realizados por él mismo y por otros autores de diversos países, reformula sus ideas acerca del tema.

Esta reformulación realizada por Wallston consiste en adoptar la idea de la Competencia Personal Percibida como sustituto al concepto de Locus de Control Interno, es decir que se podrá hallar una buena motivación para llevar a cabo conductas que mantengan la salud cuando esta percepción de lo competente que es uno mismo es alta.

Aplicado al campo de la salud, tener una competencia personal percibida alta consiste en, primero, valorar la salud como un bien muy importante, segundo, creer que los hábitos de uno pueden influir positivamente en la salud y, tercero y especialmente importante, creer que se es capaz de realizar esas conductas saludables, así Wallston hace suya buena parte de la teoría de la autoeficacia de Bandura (1986). (Castro, Jordi, 2012)

4. METODOLOGÍA

Para que el desarrollo de la investigación sobre el síndrome de burnout sea un éxito y alcance los resultados esperados me permito enfocar los siguientes aspectos, mismos que abarcan todo el aspecto metodológico aplicado en el presente estudio:

A. Diseño de Investigación.-

Sin lugar a dudas el ritmo de vida en que actualmente nos encontramos interactuando y desarrollándonos nos hace pensar cuáles serían las formas o mecanismos de mejorar y prevenir problemas y anomalías que lleguen a afectar el equilibrio y normal desenvolvimiento de nuestras actividades, es así que se convierte en un reto necesario estudiar e investigar el fenómeno que constituye el Síndrome de Burnout, ya que éste se afecta actualmente de manera profunda y cada vez más alta a los profesionales especialmente aquellos que se encuentran desempeñando cargos médicos y en cuyas manos está la gran responsabilidad de salvar, mantener y sanar vidas humanas.

Es menester pues abordar en la actualidad temas que estén siendo objeto de controversia, debate e interés, por ser demandantes de anheladas soluciones y aportes que encaminen una mejora en lo que tiene que ver con el convivir normal del ser humano.

Es importante determinar el estado de la salud mental de los profesionales en medicina en nuestro entorno, pues eso nos servirá para corregir, y prevenir futuros problemas que pueden afectar profundamente a toda la sociedad, conocer los índices de profesionales afectados y los factores relacionados con el síndrome de burnout se convierte en un objetivo primordial, pues dicha información nos encaminará a realizar acciones necesarias que permitan generar soluciones a problemas y enfrentar debidamente dicho fenómeno.

B. Participantes.-

Los sujetos investigados corresponden a la población de: 15 médicos y enfermeras que en su mayoría laboran en el Hospital del Ministerio de Salud Pública de Píllaro, en la provincia del Tungurahua,

C.- Instrumentos.-

El instrumento esencial de ésta investigación constituyen los cuestionarios que son los instrumentos más utilizados en investigación social, de hecho, Hernández & otros (2006), expresan que “(...) consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir”.

Sobre los instrumentos utilizados se debe anotar que primordialmente se utilizó lo siguientes test:

- Cuestionario Sociodemográfico y laboral
- Cuestionario de Burnout MBI
- Cuestionario de Salud Mental GHC28
- Cuestionario de Personalidad EPQR-A
- Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE
- Cuestionario de Apoyo Social MOS.

Detallando y señalando la utilidad, características y aspectos que abarcan cada uno de éstos se puede señalar lo siguiente:

Cuestionario Sociodemográfico y laboral.- Es un instrumento elaborado con la finalidad de recoger datos personales y laborales de los individuos investigados, encierra aspectos primarios de información pero muy importantes para conocer el entorno de vida y trabajo de los profesionales estudiados, así como el tiempo de contacto con los pacientes. (Ramírez, 2012)

Cuestionario de Burnout MBI.- Este cuestionario sirve para detectar la existencia del síndrome de burnout, se pudiera manifestar que es la base sobre el cual se aplicarán y detallarán el resto de cuestionarios, de fácil aplicación con 22 enunciados claros que determinan el grado ó niveles de burnout, señalando aspectos que tienen que ver con los sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.

Cuestionario de Salud Mental GHC28.- Este cuestionario ayuda a detectar los cambios referentes a la salud mental de la persona investigada, tiene la ventaja de que en pocos

minutos interroga al paciente sobre cuestiones de salud mental con similar validez y poder discriminativo que la versión original de 60. El GHQ28 es un test autoadministrado. contiene 4 subescalas con siete preguntas en cada una de ellas: para **síntomas psicósomáticos** (preguntas 1–7), **ansiedad** (preguntas 8–14), **disfunción social en la actividad diaria**(preguntas 15–21) y **depresión** (preguntas 22–28), a las cuales puede responderse con cuatro posibilidades, puntuando con un punto cualquiera de las dos opciones más afectadas. Una puntuación superior a 5/6 (siendo el máximo de 7) en cualquiera de las categorías es indicativa de *caso probable*.

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias o trastornos y cómo se ha estado de salud en las últimas semanas.

Cuestionario de Personalidad EPQR-A.- El presente cuestionario sirve para identificar los rasgos de personalidad, el cual postula la existencia de tres dimensiones o factores relativamente independientes entre sí en el área de la personalidad, los cuales son: Neuroticismo, Extroversión y Psicoticismo, junto a una escala de Mentira construida para corroborar la veracidad de las respuestas dadas por los sujetos. El tipo de administración del EPQ-R es de carácter individual y/o colectiva.

Se caracteriza por ser un test de autoreporte conductual de fácil aplicación y corrección susceptible de administrarse a sujetos mayores de edad. Es una prueba que presenta afirmaciones definidas, las cuales deben ser contestadas forzosamente sí o no, en su totalidad. Además, el EPQ-R es una prueba objetiva, puesto que su aplicación, corrección e interpretación de los puntajes son independientes del juicio subjetivo del examinador.

Como es un instrumento de papel y lápiz, el único requisito para su aplicación es la presencia de la capacidad de lecto-escritura.

Los materiales empleados para la aplicación del test son un cuestionario que incluye instrucciones e ítems, y también, una hoja de respuesta que incluye datos de identificación del sujeto y los casilleros para las dos respuestas posibles (sí o no).

Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE.- Está cimentado en los tipos de respuesta ante situaciones de estrés, tiene como objetivo evaluar los tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles, tomando en cuenta las formas o maneras de afrontamiento que se estudian estas se presentaran de diversas maneras como el afrontamiento activo, la planificación, apoyos: emocional, instrumental, aceptación, negación, religión, autoinculpación, desahogo, desconexión, uso de sustancias, humor etc.

Es decir que estas formas se originaran de acuerdo con el tipo de afrontamiento que adopte el individuo, se pueden desarrollar diversas estrategias que, constituyen un “conjunto de procedimientos o actividades conscientes e intencionales que guían la acción hacia el logro de metas adaptativas”. Muchos autores han definido las diversas estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo ante una situación estresante.

Cuestionario de Apoyo Social MOS.- Este cuestionario sirve para identificar los diferentes tipos de apoyo social, es muy importante para este tipo de investigación ya que se considera gracias a él los diferentes aspectos que encierra el apoyo social en lo referente al estado de salud, investigando de manera profunda la red social que posee el individuo investigado, misma que constituye un elemento influyente en el individuo.

Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) o el “apoyo funcional” (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante⁷ y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos o feedback), valoración (ayuda a la autovaloración)

El centralizar el análisis en la percepción de ayuda, como hace este cuestionario, se justifica por el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Por otra parte, recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems. El primero valora apoyo estructural y el resto apoyo funcional. Explora 5 dimensiones del apoyo social: emocional,

informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo.

D. Recolección de datos.-

Esta investigación fue desde su inicio un reto y un objetivo, que debía cumplirse no solo por obligación estudiantil, sino más bien por compromiso propio y deseos de conocer aspectos importantes sobre tan apasionante problemática, es así que la primera y fundamental técnica aplicada fue el estudio del síndrome desde todo punto de vista, en donde de manera inicial se encaminó a encontrar la casa de salud ó el grupo de profesionales en medicina requeridos para que con su aporte se llegue a determinar resultados que me ayuden a direccionar mis conocimientos y alcanzar llenar todo los requisitos para realizar una tesis profunda cimentada en bases de veracidad y empoderamiento.

Así fue que llego por una amistad a solicitar apoyo al Hospital de la ciudad de Píllaro, donde su directora la Dra. Mónica Paredes desde un inicio me ayudó y orientó de manera positiva la aplicación de los test, mediante visita directa con cada uno de los subcentros de salud de Píllaro (4) solicité a los profesionales (médicos y enfermeras), mediante diálogo personal, mismo que me sirvió para explicar la temática del síndrome, me apoyaran en la contestación franca, directa y propicia a cada una de las preguntas, como era de esperarse cada profesional me acogió pero era imposible que en mi presencia llenasen los instrumentos utilizados, ya que su labor no la permitía.

Por ello procedí a explicar cada la utilidad de cada instrumento y la importancia de contestarlos con total honestidad, ya que expresé mi compromiso ético tanto para la recolección de datos como para la realización y entrega de informes, en el lapso de espera más o menos un mes que se me había indicado por parte de la directora ya que esperaba ella realizar una junta general de profesionales, durante ese tiempo me dediqué a recopilar información bibliográfica, virtual y activa, mediante estudios en bibliotecas de la ciudad donde obtuve poca información casi nula de el tema en cuestión, páginas web con artículos y avances sobre el síndrome de burnout.

Es en este espacio donde consigo la mayor parte de bibliografía y asentamientos lógicos y científicos sobre esta problemática, al mismo tiempo pude dialogar con profesionales médicos donde surgieron algunas dudas, recomendaciones y soluciones posibles, mismas que se encuentran formando parte de mi trabajo investigativo, gracias a las tutorías presenciales pude despejar dudas que se daban con regularidad, el envío de datos e intercambio de correspondencia virtual con mis queridos tutores fue fundamental, ya que mediante el mismo los errores y temores se desvanecían,

Lo que se convirtió en un obstáculo para mi normal y rápido desenvolvimiento en mi tesis fue la recopilación de los test ya desarrollados, ya que el gobierno había demandado que los profesionales de esa zona se dedicaran casi por tres a campañas de prevención y vacunación, situación que escapaba de mis esfuerzos y expectativas, por ello luego de varios viajes a Píllaro logré recoger la mayor cantidad de test, haciéndome falta algunos, mismos que tuve que aplicar en varios profesionales de la misma de la ciudad de Ambato, el trabajo de elaboración de mi tesis iba acorde al avance de las investigaciones y datos obtenidos, trabajo fuerte pero vale la pena realizarlo con el fin de alcanzar conocimientos y desarrollar una adecuada formación como profesional en ésta carrera, es así que me dispongo a realizar la parte final de mi trabajo que es el análisis.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Luego de realizar una investigación mediante la aplicación de varios test, a 15 médicos, y 15 enfermeras en su mayoría trabajadores del Hospital Estatal de la ciudad de Pillaro, perteneciente a la provincia del Tungurahua, se puede decir que el 13.33% de éstos es decir 2 de los 15 profesionales examinados presenta el síndrome de Burnout, de los 15 enfermeros el 6.67% es decir 1 de los 15 posee el síndrome de Burnout, existe un paciente médico que presenta un cuadro límite, es decir que está con tendencia a desarrollar éste síndrome.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se puede presentar los siguientes gráficos y tablas, resultantes del procesamiento de datos de la investigación realizada:

5.1. Caracterización sociodemográfica y laboral.-

MEDICOS SIN BURNOUT

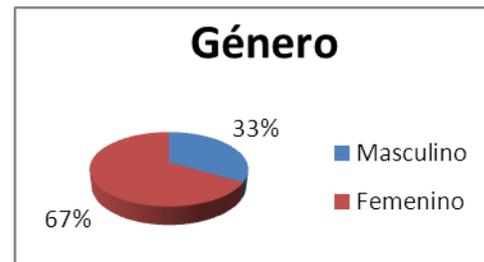
Tabla: 1

Género de los médicos sin Burnout

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	4	33,3333333
Femenino	8	66,6666667
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



Observamos que existe una ligera diferencia entre la población femenina y masculina que no presenta el síndrome de burnout, la femenina (67%) quien tiene un porcentaje un ligeramente más alto que el masculino que presenta un (33%) .

Tabla: 2**Zona de vivienda de los médicos sin Burnout**

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	6	50
Rural	6	50
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



Esta tabla nos describe que la población investigada en un 50%, es decir en partes iguales está laborando y habitando en la zona urbana, y en la zona rural respectivamente.

Tabla: 3**Estado civil de los médicos sin Burnout**

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	10	83,3333333
Casado	1	8,33333333
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	8,33333333
Unión libre	0	0
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

El presente gráfico nos describe el estado civil de los médicos sin burnout, siendo el más alto el 83% perteneciente a los solteros, seguido en igual porcentaje de los casados y divorciados con un 8,3%, no existe profesionales médicos en el estudio en unión libre ó viudos.

Tabla: 4**¿Con quién viven los médicos sin burnout?**

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	2	16,6666667
Con mas personas	10	83,3333333
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

La actual tabla nos demuestra que en ésta investigación los profesionales médicos que no presentan síndrome de burnout viven solos en un 16,66%, frente a otros que viven acompañados en un 83,33%.

Tabla: 5**Remuneración salarial de los médicos sin Burnout**

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	12	100
No recibe	0	0
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



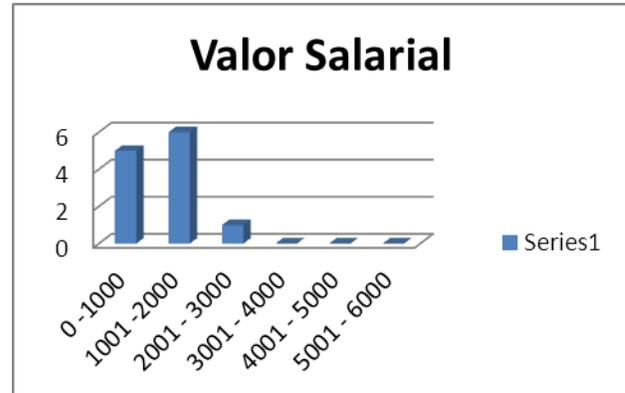
El gráfico de la tabla 5 nos presenta que la totalidad de los médicos que no presentan Burnout tienen el pago de su remuneración salarial de manera mensual, con 100%.

Tabla: 6**Valor salarial de los sueldos de los médicos sin burnout**

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	5	41,6666667
1001 -2000	6	50
2001 - 3000	1	8,33333333
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 6 nos presenta que los médicos sin burnout estudiados aspiran a una remuneración salarial de la siguiente manera: de 0 a 1.000 correspondiente al 41,66 del 1001 a 2001 con un 50% siendo el porcentaje más alto, y de 2001 a 3001 con un 8,33% siendo el porcentaje más bajo.

Tabla: 7**Tipo de trabajo de los médicos sin burnout**

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	10	83,3333333
T. Parcial	2	16,6666667
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).

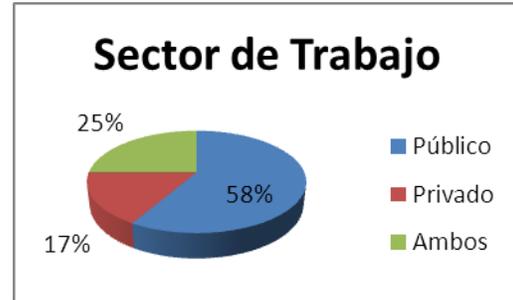
El presente gráfico nos indica que los médicos sin burnout de nuestra investigación tienen un tipo de trabajo de tiempo completo con un porcentaje del 83,33%, y tiempo parcial con un 16.67%.

Tabla: 8**Sector de trabajo de los médicos sin burnout**

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	7	58,3333333
Privado	2	16,6666667
Ambos	3	25
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



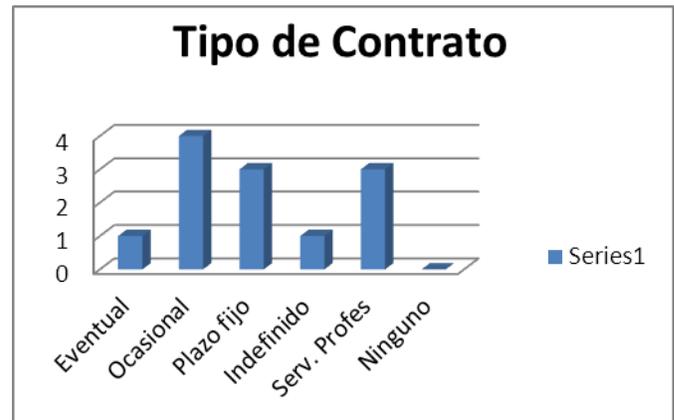
La tabla 8 nos indica que los médicos estudiados que no presentan el síndrome trabajan en el sector público en un 58.33%, en el privado en un 16.67%, y en ambos en un 25%.

Tabla: 9**Tipo de contrato de los médicos sin burnout**

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	8,33333333
Ocasional	4	33,3333333
Plazo fijo	3	25
Indefinido	1	8,33333333
Serv. Profes	3	25
Ninguno	0	0
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).

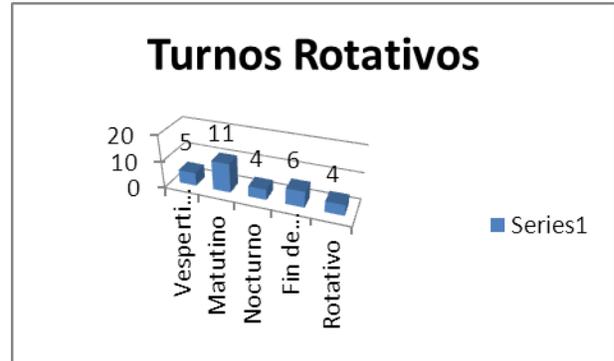


Este gráfico nos presenta lo siguiente: los médicos sin burnout poseen un tipo de contrato ocasional de un 33,33%, un tipo de contrato a plazo fijo de un 25%, un tipo de contrato eventual e indefinido con un 8,33%.

Tabla: 10

Turnos rotativos de los médicos sin burnout

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	5	16,6666667
Matutino	11	36,6666667
Nocturno	4	13,3333333
Fin de Sem	6	20
Rotativo	4	13,3333333
TOTAL	30	100



Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

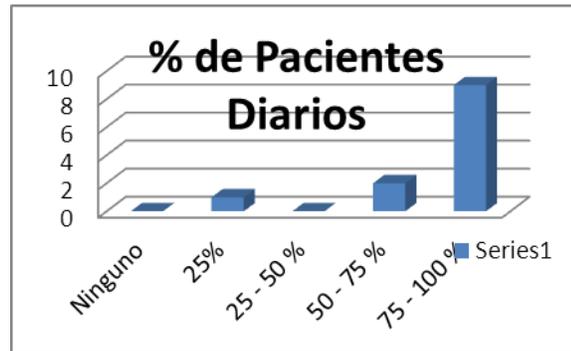
Andrade, A. (2012).

La presente tabla nos describe los tipos de turnos que tienen que realizar los médicos que no presentan burnout, mismos que tienen un porcentaje de Matutino en un 36,33%, fines de semana con un 20%, vespertino con un 16,67%, nocturno y rotativo con un 13,33%.

Tabla: 11

Porcentaje de pacientes atendidos diariamente por los médicos sin burnout.

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	1	8,33333333
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	2	16,6666667
75 - 100 %	9	75
TOTAL	12	100



Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).

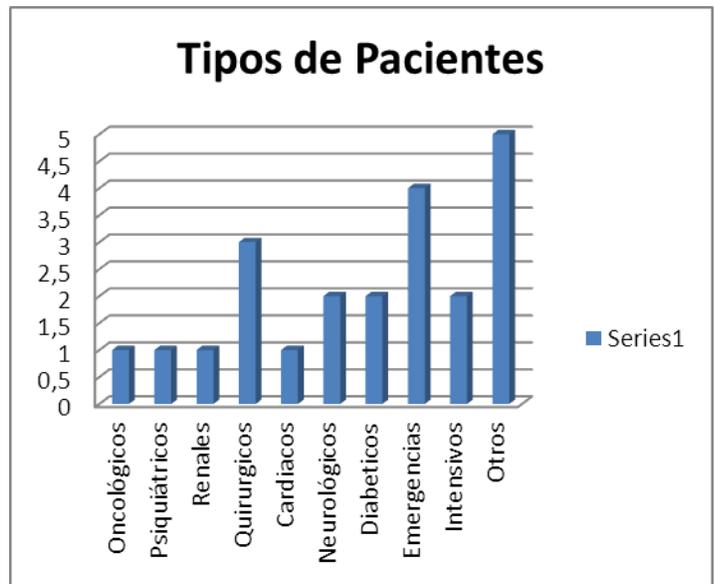
La tabla 11 nos indica que los médicos sin burnout en la institución poseen un rango del (75-100%) con un 75% de pacientes, un rango del (50-75%) con un 16,67, un rango del 25% con un 8,33 de pacientes diarios.

Tabla: 12**Tipos de pacientes de los médicos sin burnout**

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	1	4,54545455
Psiquiátricos	1	4,54545455
Renales	1	4,54545455
Quirúrgicos	3	13,6363636
Cardíacos	1	4,54545455
Neurológicos	2	9,09090909
Diabéticos	2	9,09090909
Emergencias	4	18,1818182
Intensivos	2	9,09090909
Otros	5	22,7272727
TOTAL	22	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



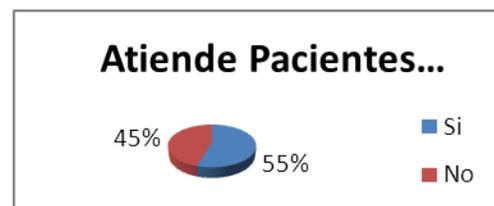
La tabla 12 nos ilustra que los médicos sin burnout estudiados tienen pacientes de otros tipos de naturaleza de atención diferente a las expuestas, sean pediátricos, planificación familiar, etc, en un porcentaje de 22,73%, seguido de emergencias con un 18,18%, luego tenemos a los pacientes quirúrgicos con un 13,63%, seguidos de los pacientes de cuidados intensivos, diabéticos, neurológicos, con un 9,09%, vienen los pacientes con problemas oncológicos, psiquiátricos, renales, y cardíacos, con un 4,54%.

Tabla: 13**Porcentaje de pacientes con riesgo de muerte de los médicos sin burnout**

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	6	54,5454545
No	5	45,4545455
TOTAL	11	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



Descripción.- Esta tabla nos muestra los pacientes con y sin riesgo de muerte que son atendidos por los médicos analizados sin burnout, mismos que tienen un 45% sin riesgo de muerte, y un 55% con riesgo de muerte.

Tabla: 14

Porcentaje de pacientes fallecidos de los médicos sin burnout

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	4	33,3333333
No	8	66,6666667
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La gráfica nos enseña que para estos médicos sin burnout los pacientes fallecidos durante su labor suman un porcentaje de 33%, frente a un 67% de no fallecidos.

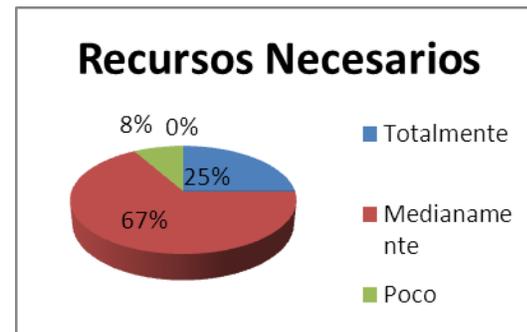
Tabla: 15

Porcentaje de los recursos necesarios de los médicos sin burnout

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	3	25
Medianamente	8	66,6666667
Poco	1	8,33333333
Nada	0	0
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La presente tabla 15 nos indica que los recursos necesarios en el centro de salud de los médicos investigados presenta según ellos los recursos necesarios en un nivel mediano en un 67%, en un nivel total de 25%, y un 8% poco.

Tabla: 16**Nivel de valoración de los pacientes de los médicos sin burnout**

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	1	8,33333333
Poco	0	0
Bastante	3	25
Totalmente	8	66,6666667
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 16 nos dice que la perspectiva sobre la valoración de los familiares de los pacientes que tienen los médicos sin el síndrome de la institución se da en un nivel de totalmente con un 67%, seguido de bastante en un 25%, y nada en un 8,33%.

Tabla: 17**Nivel de valoración de los colegas de los médicos sin burnout**

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	8,33333333
Poco	0	0
Bastante	5	41,6666667
Totalmente	6	50
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La presente tabla nos indica que los médicos sin el síndrome sienten una valoración de sus colegas en el siguiente orden: totalmente con un 50%, bastante con 42%, y nada con un 8%.

Tabla: 18**Nivel de valoración de los directivos de los médicos sin burnout**

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	8,33333333
Poco	0	0
Bastante	7	58,33333333
Totalmente	4	33,33333333
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



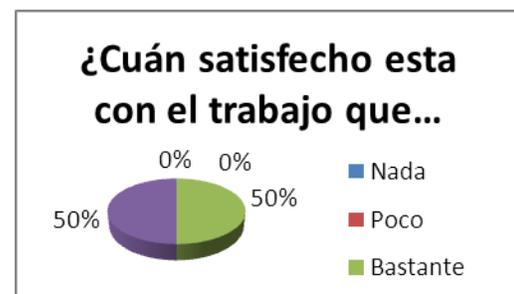
Este gráfico nos demuestra que los médicos evaluados sin burnout perciben la valoración por parte de los directivos de la institución donde laboran en los siguientes niveles: bastante con un 59%, totalmente con 33,33 y nada con un 8,33%.

Tabla: 19**Satisfacción de trabajo sobre que realizan los médicos sin burnout**

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	2	50
Totalmente	2	50
TOTAL	4	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



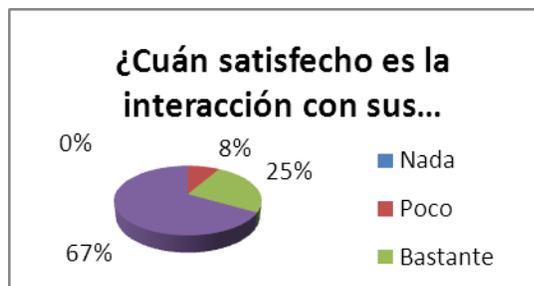
La tabla 19 indica que los médicos sin burnout analizados, sienten satisfacción en su trabajo en los siguientes porcentajes: totalmente y bastante en un 50% respectivamente.

Tabla: 20**Satisfacción de la interacción con pacientes de los médicos sin burnout**

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	8,33333333
Bastante	3	25
Totalmente	8	66,6666667
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 20 nos deja observar que los médicos sin burnout poseen una interacción con sus pacientes totalmente con un 67%, bastante con un 25%, y poco con un 8,33%.

Tabla: 21**Satisfacción del apoyo en su labor de los directivos de los médicos sin burnout**

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	8,33333333
Bastante	9	75
Totalmente	2	16,6666667
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



Esta gráfica nos ilustra que los médicos analizados sin el síndrome sienten el apoyo de los directivos bastante en un 75%, y totalmente en un 16,66% y poco con un 8,33%.

Tabla: 22**Satisfacción de la colaboración de los colegas de los médicos sin burnout**

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	16,6666667
Bastante	5	41,6666667
Totalmente	5	41,6666667
TOTAL	12	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

La tabla 22 indica que la valoración de los colegas es percibida de parte de los médicos analizados y que no presentan el síndrome de la siguiente forma: bastante y totalmente en un 41,66% respectivamente, y 16,66 % poco.

Tabla: 23**Satisfacción de los médicos sin burnout sobre su experiencia profesional**

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	33,3333333
Totalmente	8	66,6666667
TOTAL	12	100



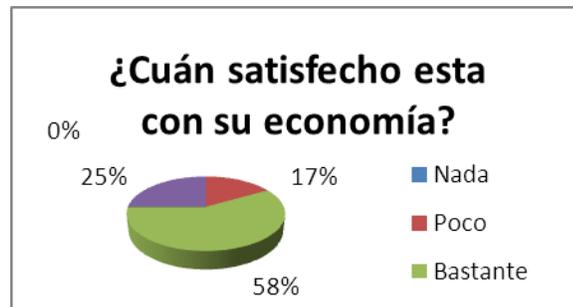
Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

El presente cuadro nos indica que la satisfacción en su experiencia profesional de los médicos estudiados se da en un porcentaje de totalmente en un 67%, y de bastante en un 33%.

Tabla: 24**Satisfacción del nivel económico de los médicos sin burnout**

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	16,6666667
Bastante	7	58,3333333
Totalmente	3	25
TOTAL	12	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

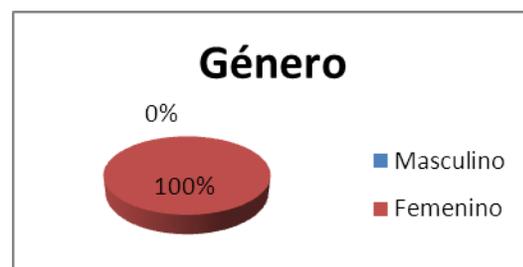
Andrade, A. (2012).

La tabla 24 nos permite observar que los médicos analizados sin el síndrome poseen una satisfacción con respecto a su situación económica de la siguiente forma: bastante con un 58,33%, totalmente en un 25%, y poco 16.66%.

MEDICOS CON BURNOUT

Tabla: 25**Porcentaje de género de los médicos con burnout**

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	0	0
Femenino	2	100
TOTAL	2	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

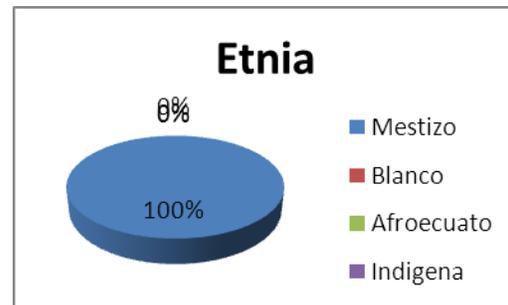
La presente tabla nos deja ver que los médicos que tienen burnout en el estudio realizado son en su totalidad los dos casos detectados, es decir en un 100% de género femenino.

Tabla: 26**Etnia de los médicos con burnout .**

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	2	100
Blanco	0	0
Afroecuato	0	0
Indigena	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



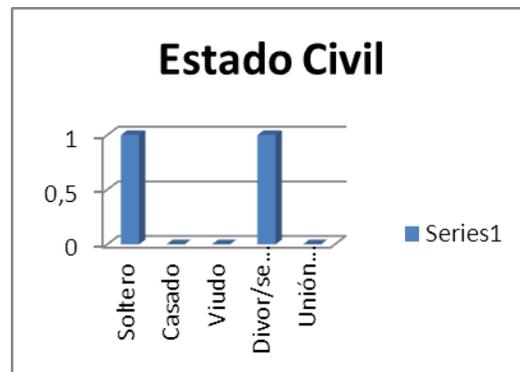
La tabla 26 nos permite observar que los médicos que presentan el síndrome son de etnia mestiza en su totalidad es decir con un 100%.

Tabla: 27**Estado civil de los médicos con burnout**

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	1	50
Casado	0	0
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	50
Unión libre	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



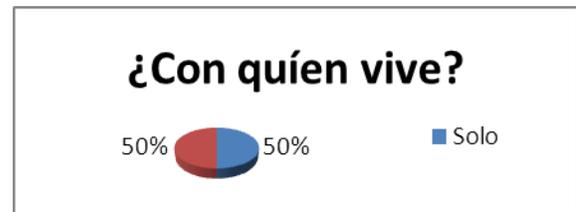
El gráfico 27 nos indica que los médicos con burnout analizados tienen un estado civil de soltero y divorciado/separado en iguales porcentajes, es decir 50% para cada área.

Tabla: 28**¿Con quién viven los médicos con burnout?**

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	1	50
Con mas personas	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



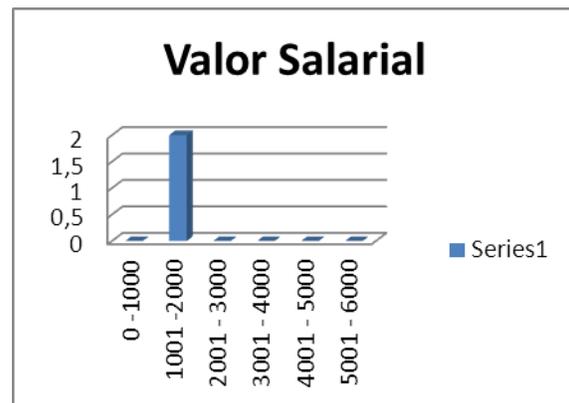
Descripción.- La presente tabla nos ayuda a observar que los médicos con el síndrome viven solos y acompañados en un igual porcentaje es decir de 50% para cada parámetro.

Tabla: 29**Valor Salarial de los médicos con burnout**

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	0	0
1001 -2000	2	100
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



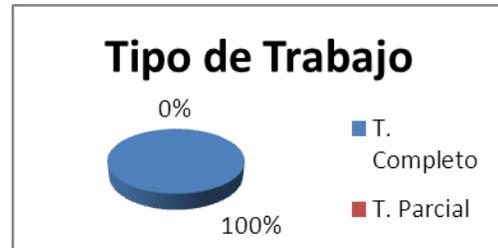
La tabla 29 nos hace ver que los médicos con el síndrome tienen una aspiración salarial entre 1001 a 2001 correspondiente a la totalidad de los casos es decir al 100%.

Tabla: 30**Tipo de trabajo de los médicos con burnout**

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	2	100
T. Parcial	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



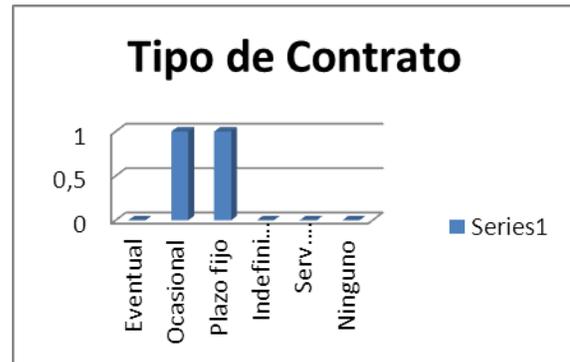
La tabla 30 nos enfoca que los médicos con burnout estudiados ejercen un trabajo a tiempo completo es decir en un 100%.

Tabla: 31**Tipo de contrato de los médicos con burnout**

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	1	50
Plazo fijo	1	50
Indefinido	0	0
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



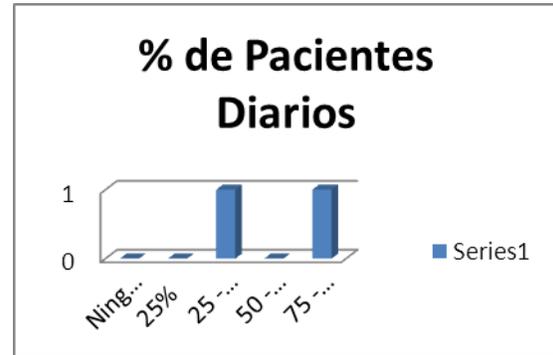
La presente tabla nos permite observar que los dos casos pertenecen a esferas de tipos de contrato diferente ocasional y plazo fijo en un 50% respectivamente.

Tabla: 32**Porcentaje de pacientes diarios atendidos por los médicos con burnout.**

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	1	50
50 - 75 %	0	0
75 - 100 %	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



El cuadro presente nos indica que los pacientes diarios atendidos por los médicos que presentan el síndrome va en rangos de (75-100%) correspondiente al 50% y del (25-50%) correspondiente al 50% también.

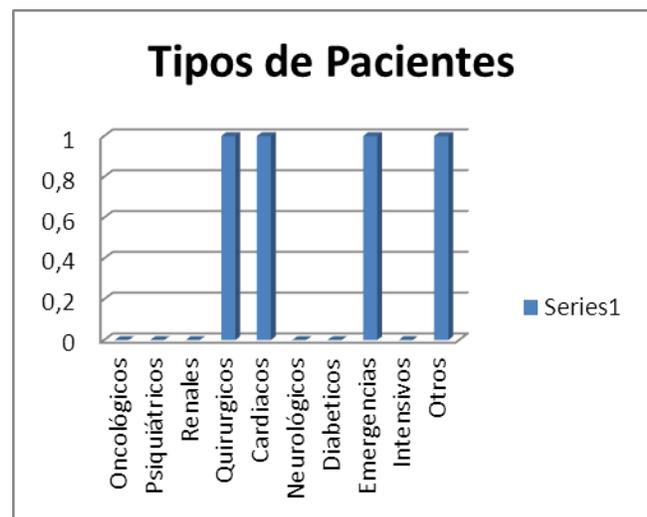
Tabla: 33**Tipos de pacientes atendidos por los médicos con burnout**

Alvarado. J. (2012).

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	0	0
Psiquiátricos	0	0
Renales	0	0
Quirurgicos	1	25
Cardiacos	1	25
Neurológicos	0	0
Diabeticos	0	0
Emergencias	1	25
Intensivos	0	0
Otros	1	25

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 33 nos indica que el tipo de pacientes atendidos por los médicos que poseen el burnout está repartido en los siguientes porcentajes: quirúrgicos, cardíacos, emergencia, y otros con el 25% para cada uno.

Tabla: 34

Porcentaje de pacientes con riesgo de muerte de los médicos de con burnout

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	1	100
No	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 34 muestra un interesante enfoque ya que los médicos que sufren el síndrome manifiestan en un 100% que tienen pacientes con riesgo de muerte.

Tabla: 35

Porcentaje de pacientes fallecidos de los médicos con burnout

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	0	0
No	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

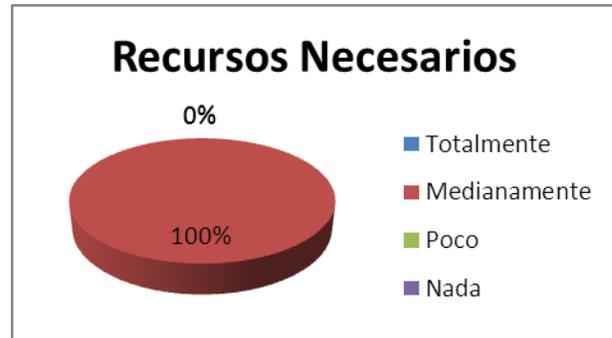
Andrade, A. (2012).



La tabla 35 indica que los médicos con burnout no tienen pacientes fallecidos correspondiente al 100%.

Tabla: 36**Recursos necesarios que tienen los médicos con burnout**

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	0	0
Medianamente	1	100
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	1	100



Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).

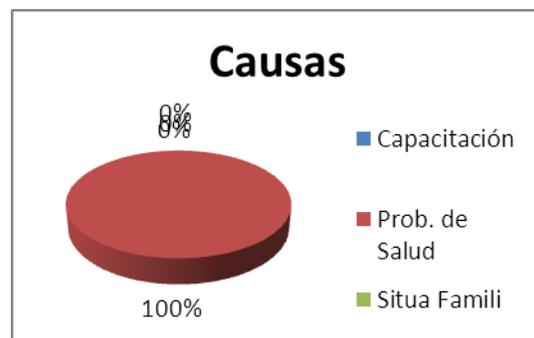
La tabla nos indica que los médicos que padecen el síndrome trabajan en un ambiente de recursos medianamente necesarios, es decir con un porcentaje para este enfoque del 100%,

Tabla: 37/38**Porcentaje de permisos y causas de permisos de los médicos con burnout**

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	1	100
No	0	0
TOTAL	1	100



CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	0	0
Prob. de Salud	1	100
Situa Famili	0	0
Otros	0	0
TOTAL	1	100



Fuente: Médicos del Hospital de

Pillaro

Andrade, A. (2012).

Las dos tablas 37/38 se concatenan ya que los médicos que sufren el síndrome manifiestan que han solicitado permiso en su labor en un 100%, y por cuestiones de salud igual en un 100%, aspecto que hay que tomar muy en cuenta para la discusión.

Tabla: 39

Valoración de los pacientes de los médicos con burnout

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La presente tabla nos permite observar que los médicos que presentan Burnout se sienten valorados por sus pacientes en un 100%.

Tabla: 40

Valoración de los familiares de pacientes de los médicos con burnout

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 40 nos ilustra que los médicos con burnout se sienten totalmente valorados por los familiares de sus pacientes en un 100%.

Tabla: 41

Valoración de los colegas de los médicos con burnout.

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



Esta tabla nos demuestra que los médicos que sufren de éste síndrome poseen una perspectiva de poca valoración de parte de sus colegas con un 100%, aspecto definitorio muy importante.

Tabla: 42

Valoración de los directivos de la institución donde laboran los médicos con burnout

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 42 nos muestra que los médicos aludidos tienen un visión de la valoración de sus directivos en un enfoque de nivel de bastante correspondiente al 100%.

Tabla: 43**Nivel de satisfacción del trabajo de los médicos con burnout**

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla presente nos permite ver que los médicos con burnout se sienten totalmente satisfechos con su trabajo en un 100% .

Tabla: 44**Nivel de satisfacción de la colaboración de los colegas de los médicos con burnout**

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 44 confirma lo expuesto en la tabla 41, ya que los médicos con burnout sienten que sus colegas les brindan poco apoyo en un 100%.

Tabla: 45**Nivel de satisfacción de la experiencia profesional de los médicos con burnout**

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



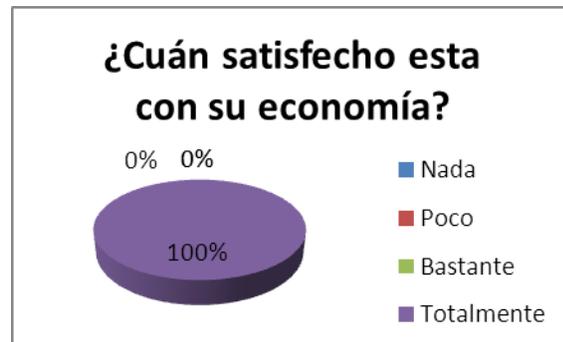
El gráfico de la tabla 45 nos ilustra que los médicos con éste cuadro se sienten satisfechos con su experiencia profesional totalmente en un 100%.

Tabla: 46**Nivel de satisfacción de la economía de los médicos con burnout**

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 46 nos ayuda a ver que los médicos estudiados con burnout se sienten totalmente satisfechos con su economía en un 100%.

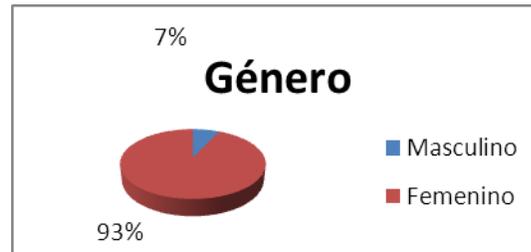
ENFERMEROS SIN BURNOUT

Tabla: 47

Porcentaje del género de los enfermeros sin burnout

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	7,14285714
Femenino	13	92,8571429
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).



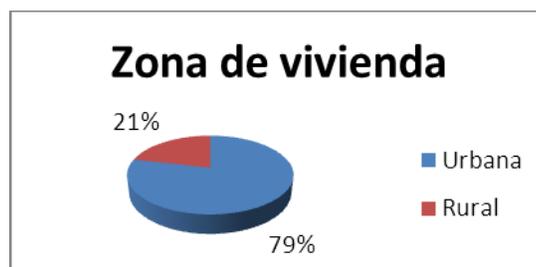
El presente gráfico determina que el único caso de burnout detectado es de género masculino correspondiente a, y en su mayoría es decir el género femenino no presenta dentro de la población estudiada el síndrome.

Tabla: 48

Zona de vivienda de los enfermeros sin burnout

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	11	78,5714286
Rural	3	21,4285714
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).

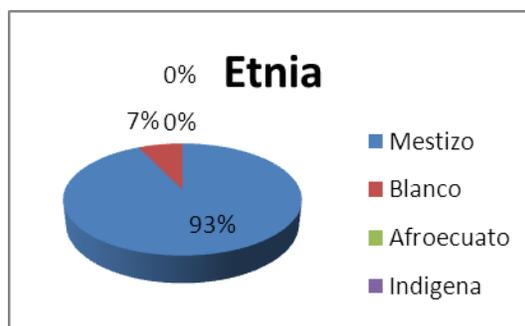


La tabla 48 nos permite visualizar que la zona de acción y vivienda de los enfermeros investigados y que no presentan el síndrome, está mayoritariamente en la zona rural, con un 21% para el área urbana, y un 79% para el área rural.

Tabla: 49**Etnia de los enfermeros sin burnout**

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	13	92,8571429
Blanco	1	7,14285714
Afroecuato	0	0
Indigena	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

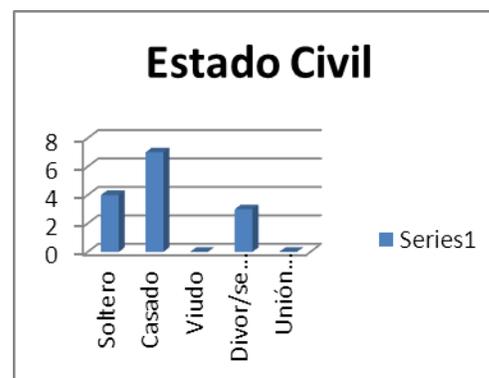


La tabla 49 ilustra que los enfermeros que no poseen burnout son en un porcentaje del 92,86% de etnia mestiza, y en un 7,14% de etnia blanca.

Tabla: 50**Estado civil de los enfermeros sin burnout**

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	4	28,5714286
Casado	7	50
Viudo	0	0
Divor/sepa	3	21,4285714
Unión libre	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).



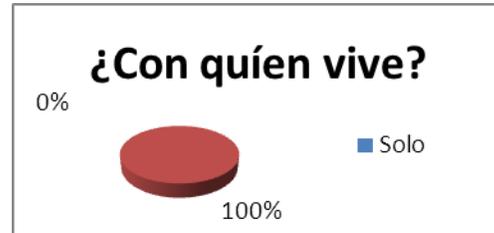
Según el enfoque de la tabla 50 los enfermeros que no poseen burnout presentan un estado civil en los siguientes porcentajes: solteros 28.57%, divorciados/separados un 21.42%.

Tabla: 51**¿Con quién viven los enfermeros sin burnout?**

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	0	0
Con mas personas	14	100
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



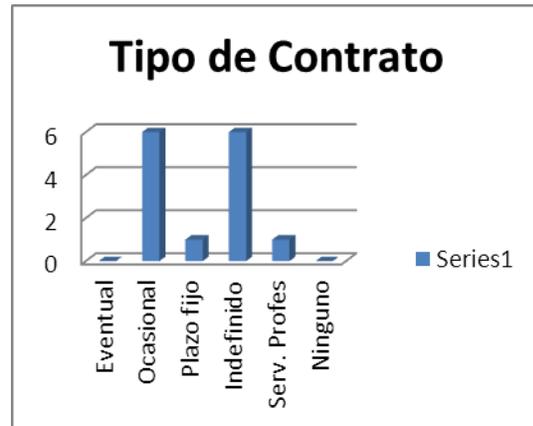
La tabla 51 nos indica que los enfermeros de nuestra investigación que no presentan burnout, viven con otras personas en su totalidad es decir en un 100%.

Tabla: 52**Tipo de contrato de los enfermeros sin burnout**

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	6	42,8571429
Plazo fijo	1	7,14285714
Indefinido	6	42,8571429
Serv. Profes	1	7,14285714
Ninguno	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

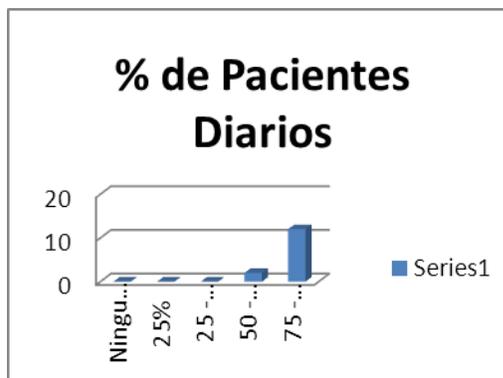
Andrade, A. (2012).



Según la tabla 52 los enfermeros sin burnout de este estudio presentan un tipo de contrato con los siguientes porcentajes: ocasional con un 42,86%, indefinido con 43%, plazo fijo y servicios profesionales con un 7,14 respectivamente.

Tabla: 53**Porcentaje de pacientes diarios de los enfermeros sin burnout**

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	2	14,2857143
75 - 100 %	12	85,7142857
TOTAL	14	100



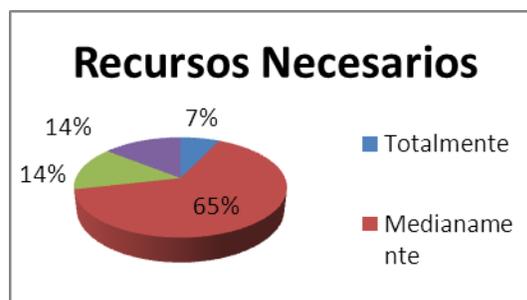
PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	
	26

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

La tabla 53 nos indica que los enfermeros sin burnout analizados atienden según los rangos enfocados un promedio de 26 pacientes diarios.

Tabla: 54**Recursos necesarios de los enfermeros sin burnout**

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	1	7,14285714
Medianamente	9	64,2857143
Poco	2	14,2857143
Nada	2	14,2857143
TOTAL	14	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

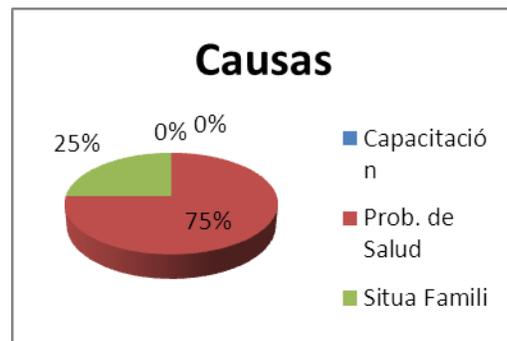
La tabla 54 nos señala que los enfermeros que no presentan este síndrome manifiestan tener los recursos necesarios en su área de trabajo en la siguiente proporción: medianamente: 64%, poco / nada en un 14,28%, y totalmente en un 7,14%.

Tabla: 55/56**Porcentaje de permisos y causas de los permisos de los enfermeros sin burnout**

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	4	28,5714286
No	10	71,4285714
TOTAL	14	100
CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	0	0
Prob. de Salud	3	75
Situa Famili	1	25
Otros	0	0
TOTAL	4	100

Fuente: Andrade, A. (2012).

te: Enfermeros del Hospital de Píllaro



Las tablas 55/56 nos señalan concatenadamente que los enfermeros que no tienen el burnout solicitan permiso de sus áreas de trabajo en un porcentaje de 28,57%, frente a un 71,73% que no lo hace, lo solicitan por problemas de salud en un 75%, y situaciones familiares en un 25%.

Tabla: 57**Valoración de los pacientes de los enfermeros sin burnout**

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	2	14,2857143
Poco	2	14,2857143
Bastante	5	35,7142857
Totalmente	5	35,7142857
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla anterior nos enseña que los enfermeros de ésta investigación que no presentan burnout se sienten valorados por sus pacientes de la siguiente forma: bastante y totalmente con un 36,7%, nada y poco en un 14,29 respectivamente.

Tabla: 58

Valoración de los familiares de los pacientes de los enfermeros sin burnout

Nada	2	14,2857143
Poco	1	7,14285714
Bastante	9	64,2857143
Totalmente	2	14,2857143
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 58 nos indica que los enfermeros sin el síndrome se sienten valorados por los familiares de sus pacientes de la siguiente manera: bastante con un 64.29%, nada y poco con un 14.28% y poco en un 7,14% .

Tabla: 59

Valoración de los colegas de los enfermeros sin burnout

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	7,14285714
Poco	1	7,14285714
Bastante	6	42,8571429
Totalmente	6	42,8571429
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 59 nos enfoca que los enfermeros que no presentan el síndrome sienten la valoración de sus colegas en el siguiente orden: bastante y totalmente en un 42,85%, nada y poco en un 7,14% respectivamente.

Tabla: 60

Valoración de los directivos de la institución donde laboran los enfermeros sin burnout

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	3	21,4285714
Poco	2	14,2857143
Bastante	5	35,7142857
Totalmente	4	28,5714286
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).



Este gráfico nos ayuda a observar que los enfermeros que no poseen burnout se sienten valorados por los directivos de la siguiente forma porcentual: bastante: 35,71%, totalmente: 28,57%, nada en un 21,42%, poco en un 14,28%.

Tabla: 61

Satisfacción del trabajo que realiza el enfermero sin burnout

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	3	21,4285714
Totalmente	11	78,5714286
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

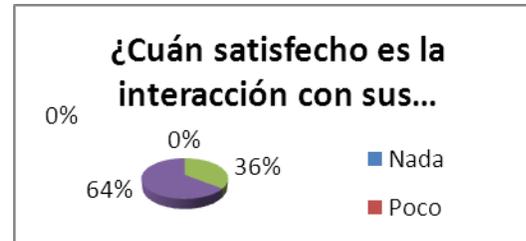


La tabla 61 nos indica que los enfermeros sin burnout se sienten satisfechos con su labor en un porcentaje de: totalmente de 78,57%, y bastante de 21,42%.

Tabla: 62**Satisfacción de la interacción de los pacientes de los enfermeros sin burnout**

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	5	35,7142857
Totalmente	9	64,2857143
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

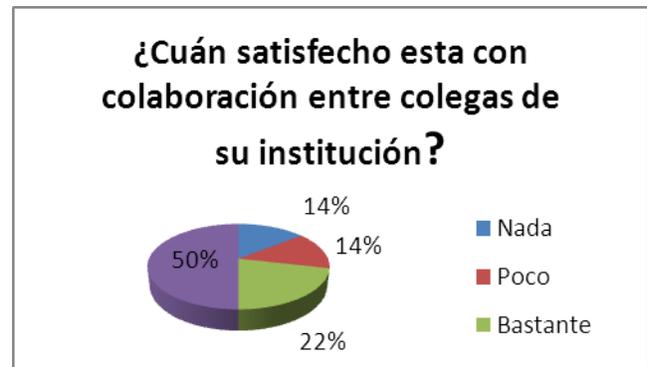


El gráfico nos indica que los enfermeros sin burnout tienen una interacción con sus pacientes en los siguientes niveles: totalmente: 64,28%, bastante: 35.71%.

Tabla: 63**Satisfacción de la colaboración de los colegas de los enfermeros sin burnout**

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	2	14,2857143
Poco	2	14,2857143
Bastante	3	21,4285714
Totalmente	7	50
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).



Los niveles que presenta la tabla 63 sobre la colaboración de los colegas de los enfermeros sin burnout se presentan en el siguiente orden: totalmente: 50%, bastante: 21,43%, poco y nada en un 14,28%.

Tabla: 64**Satisfacción de la experiencia profesional de los enfermeros sin burnout**

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	7,14285714
Poco	0	0
Bastante	6	42,8571429
Totalmente	7	50
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

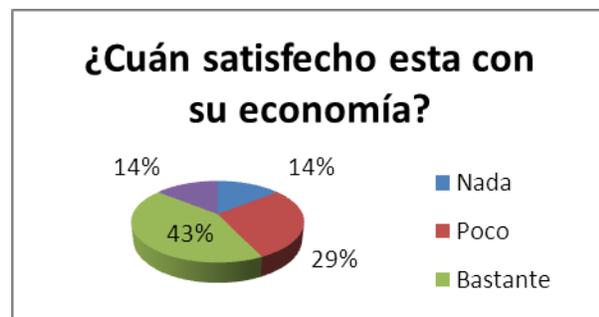


La tabla actual nos presenta que los enfermeros sin burnout poseen una satisfacción de su experiencia laboral en los valores siguientes: totalmente 50%, bastante: 42,85%, nada en un 7,14%.

Tabla: 65**Satisfacción de nivel económico de los enfermeros sin burnout**

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	2	14,2857143
Poco	4	28,5714286
Bastante	6	42,8571429
Totalmente	2	14,2857143
TOTAL	14	100

Fuente: Andrade, A. (2012).
Enfermeros del Hospital de Pillaro



La tabla 65 nos ayuda visualizar que los enfermeros sin burnout analizados se sienten satisfechos de su economía en los siguientes porcentajes: bastante: 42,85%, poco en 28,57%, nada y totalmente en un 14,28%.

ENFERMEROS CON BURNOUT

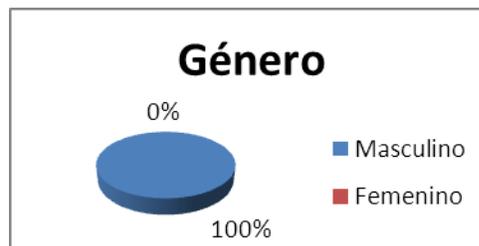
Tabla: 66

Porcentaje de género de los enfermeros con burnout

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	100
Femenino	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 66 nos muestra que los enfermeros que presentan burnout, de forma más clara el único caso detectado es de género masculino que equivale a un 100%.

Tabla: 67

Zona de vivienda de los enfermeros con burnout

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	1	100
Rural	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



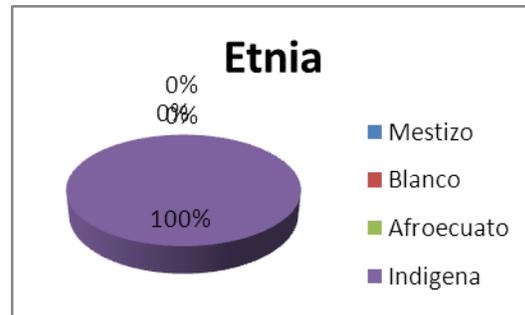
La tabla 67 nos indica que el sujeto que posee burnout está dentro de la zona urbana por ello representa el 100%.

Tabla: 68**Etnia de los enfermeros con burnout**

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	0	0
Blanco	0	0
Afroecuato	0	0
Indígena	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



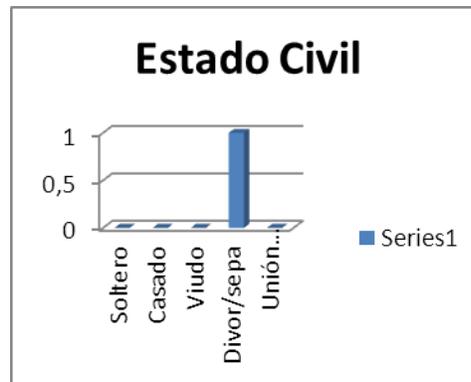
El cuadro 68 nos permite ver que el caso del enfermero con Burnout pertenece a la etnia indígena, por lo que constituye el 100%.

Tabla: 69**Estado civil de los enfermeros con burnout**

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	0	0
Casado	0	0
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	100
Unión libre	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



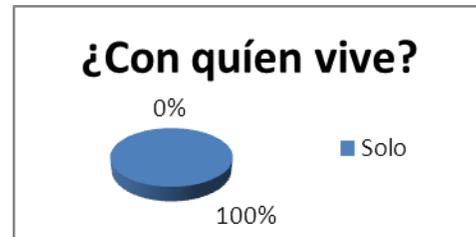
El presente gráfico nos demuestra que el estado civil del profesional en enfermería es divorciado/separado correspondiente al 100%

Tabla: 70**¿Con quién viven los enfermeros con burnout?**

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	1	100
Con mas personas	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



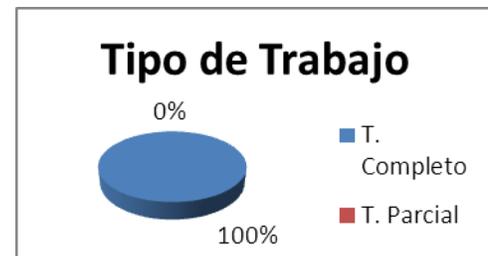
El profesional detectado con el síndrome vive solo según el enfoque de la tabla 70.

Tabla: 71**Tipo de trabajo de los enfermeros con burnout**

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	1	100
T. Parcial	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



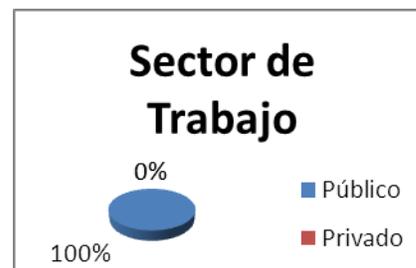
El enfermero que tiene burnout según nos indica la tabla 71 trabaja a tiempo completo.

Tabla: 72**Sector de trabajo de los enfermeros con burnout**

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	1	100
Privado	0	0
Ambos	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).

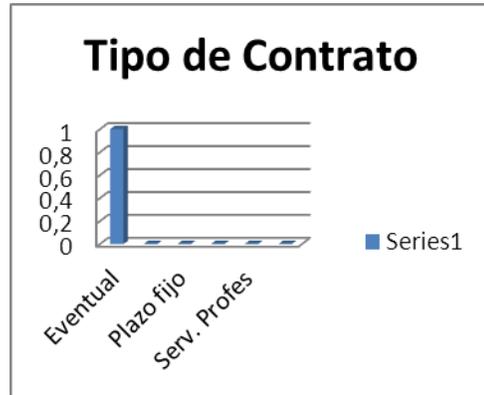


El sector de trabajo del profesional en enfermería es el sector público según lo que nos ayuda a observar la tabla 72.

Tabla: 73

Tipo de contrato de los enfermeros con burnout

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	100
Ocasional	0	0
Plazo fijo	0	0
Indefinido	0	0
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	1	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

El tipo de contrato de trabajo del profesional que presenta burnout es eventual.

Tabla: 74

Porcentaje de pacientes atendidos diariamente por los enfermeros con burnout

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	0	0
75 - 100 %	1	100
TOTAL	1	100
PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA		30



Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

Según la tabla 74, el sujeto que presenta el burnout tiene un promedio de pacientes de 30 por día.

Tabla: 75/76**Porcentaje de pacientes fallecidos de los enfermeros con burnout**

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	1	100
No	0	0
TOTAL	1	100
PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	1	100
No	0	0
TOTAL	1	100
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS: 2		

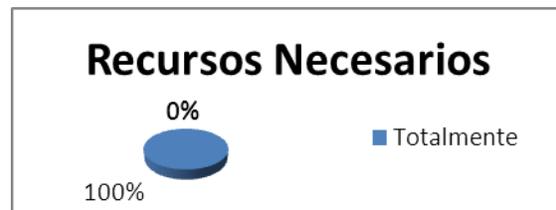


Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

Las tablas 75/76 están relacionadas, ya que se presentan datos similares por su naturaleza, el promedio de tratamiento por parte del profesional con el síndrome a personas en peligro de muerte si está presente, al igual que el número de sus pacientes fallecidos (2), situación que se tomará en cuenta para la discusión.

Tabla: 77**Recursos Necesarios de los enfermeros con burnout**

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	1	100
Medianamente	0	0
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	1	100



Enfermeros del
Hospital de Pillaro

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

El gráfico de la tabla 77 nos permite observar que el enfermero detectado con el burnout manifiesta que en su área de labor tiene los recursos necesarios de forma total ya que presenta un 100% en el mismo.

Tabla: 78

Porcentaje de permisos y causas de los enfermeros con burnout

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	0	0
No	1	100
TOTAL	1	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

Según la tabla 78 el profesional con burnout no ha solicitado permiso en su trabajo en ningún momento.

Tabla: 79

¿Cuán valorados se sienten los enfermeros con burnout por sus pacientes?

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

La tabla 79 nos indica que el enfermero con burnout se siente poco valorado por sus pacientes ya que este nivel posee el 100%.

Tabla: 80

¿Cuán valorados se sienten los enfermeros con burnout por los familiares de sus pacientes?

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



Esta tabla nos indica que el enfermero que posee el síndrome se siente valorado por los familiares de los pacientes en un nivel de bastante con un 100% del mismo.

Tabla: 81

¿Cuán valorados se sienten los enfermeros con burnout por sus colegas?

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 81 nos presenta un porcentaje del 100% al nivel de poco valorado por sus colegas, en lo que refiere al sentir del profesional en enfermería que posee el burnout.

Tabla: 82

¿Cuán valorados se sienten los enfermeros con burnout por los directivos de su institución?

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 82 nos indica que el enfermero con burnout se siente valorado por los directivos en el nivel de bastante.

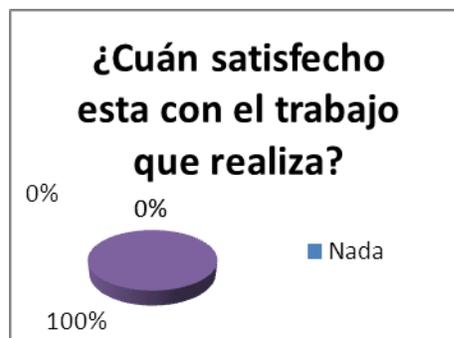
Tabla: 83

¿Cuán satisfechos están con el trabajo que realizan los enfermeros con burnout?

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 83 nos presenta que el profesional que posee el síndrome se siente totalmente satisfecho en el trabajo que realiza.

Tabla: 84

¿Cuán satisfechos están con la colaboración entre los colegas de su institución los enfermeros con burnout?

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).



La tabla 84 nos ayuda a observar que el enfermero que presenta el burnout siente que entre sus colegas en la institución que labora existe colaboración en un nivel de bastante .

Tabla: 85

¿Cuán satisfechos se encuentran con su experiencia profesional en general los enfermeros con burnout?

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).

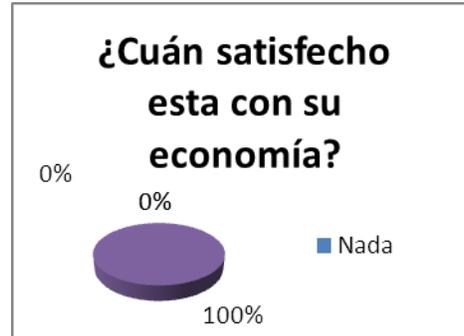


La tabla 85 nos permite visualizar que el profesional con el síndrome tiene satisfacción por la experiencia profesional que posee, en un nivel de totalmente.

Tabla: 86

¿Cuán satisfechos están con su economía los enfermeros con burnout?

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	100
TOTAL	1	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

Según la tabla 86 el profesional analizado y que presenta el burnout se siente satisfecho con su nivel económico totalmente.

5.2- Caracterización del CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT).-

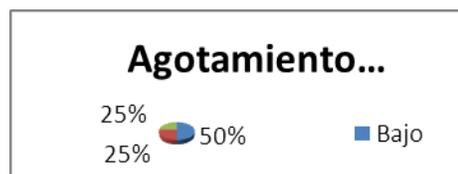
En lo referente a la aplicación del cuestionario de MBI (Inventario de Burnout), se puede obtener como resultados la ratificación de los 2 casos de burnout en los médicos estudiados, y el 1 caso en la población de enfermeros analizados, partiendo de ésta proyección podemos presentar los siguientes gráficos del mencionado cuestionario:

MÉDICOS SIN BURNOUT

Tabla: 87.

Porcentajes de Agotamiento emocional, de los médicos sin burnout

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	6	50
Medio	3	25



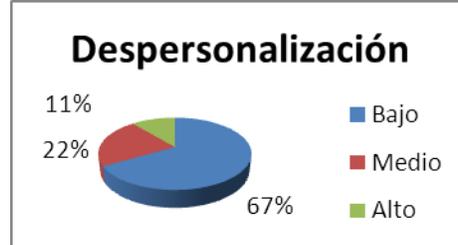
Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro.
Andrade, A. (2012).

La tabla 87 nos presenta un enfoque del agotamiento emocional de los médicos analizados sin burnout, los mismos que presentan los siguientes porcentajes en el nivel expresado: bajo con un 50%, y Medio con un 25%.

Tabla: 88.

Porcentajes de Despersonalización de los médicos sin burnout

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	6	66,6666667
Medio	2	22,2222222
Alto	1	11,1111111



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro.

Andrade, A. (2012).

En lo referente a la despersonalización, aspecto típico en profesionales con burnout, el presente cuadro nos indica que los médicos sin burnout analizados presentan una despersonalización baja en un 66,66%, Media en un 22%, y alta 11,11%.

Tabla: 89.

Porcentajes de Realización Personal de los médicos sin burnout

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	12	100
TOTAL	12	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro.

Andrade, A. (2012).

La tabla 89 nos permite observar que la realización personal en los médicos sin burnout, es alta ya que se presenta en un 100%.

MÉDICOS CON BURNOUT

Tabla: 90.

Porcentajes de Agotamiento Emocional de los médicos con burnout.

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	2	100
TOTAL	2	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro.

Andrade, A. (2012).

La tabla 90 nos indica que los médicos con Burnout estudiados presentan un agotamiento emocional alto con porcentaje de 100%, es decir los dos médicos detectados tienen este aspecto.

Tabla: 91.

Porcentajes de Despersonalización de los médicos con burnout

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	2	100
TOTAL	2	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro.

Andrade, A. (2012).

El presente cuadro nos permite observar que los médicos con burnout presentan despersonalización en un 100%.

Tabla: 92.**Porcentajes de Realización Personal de los médicos con burnout**

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	2	100
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro.

Andrade, A. (2012).



La tabla 92 presenta que los médicos detectados con burnout poseen una realización personal del 100%.

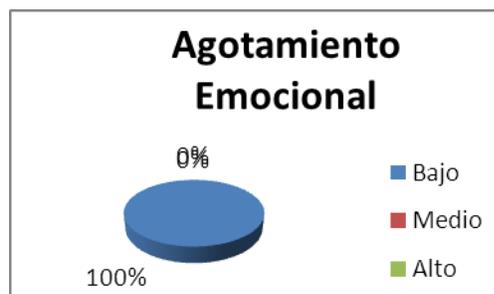
ENFERMEROS SIN BURNOUT

Tabla: 93**Porcentajes de Agotamiento Emocional de los enfermeros sin burnout**

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	13	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro.

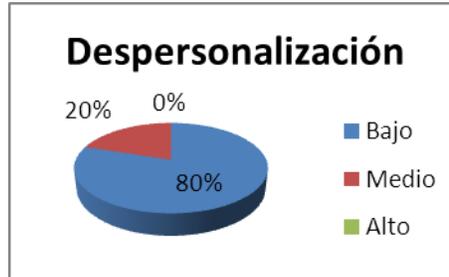
Andrade, A. (2012).



El presente gráfico nos permite visualizar que los enfermeros que no poseen burnout tienen un porcentaje bajo de agotamiento emocional en su totalidad con el 100%.

Tabla: 94**Porcentajes de Despersonalización de los enfermeros sin burnout**

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	8	80
Medio	2	20
Alto	0	0
TOTAL	10	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

La tabla 94 nos demuestra que los enfermeros analizados y que no poseen el síndrome poseen despersonalización en un nivel bajo correspondiente al 80%, y medio a un 20%.

Tabla: 95**Porcentajes de Realización Personal de los enfermeros sin burnout**

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	1	7,14285714
Medio	0	0
Alto	13	92,8571429
TOTAL	14	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Pillaro
Andrade, A. (2012).

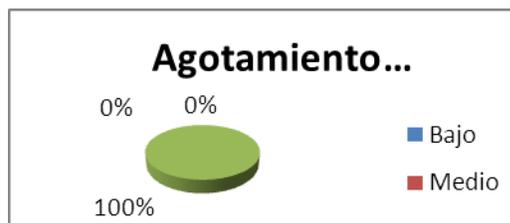
La tabla 95 nos ayuda a ver que la realización personal en los enfermeros sin burnout analizados es alta en un 93%, y baja en un 7,14%.

ENFERMEROS CON BURNOUT

Tabla: 96

Porcentajes de Agotamiento Emocional de los enfermeros con burnout

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	1	100
TOTAL	1	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).

La tabla 96 nos indica que el único caso con burnout si presenta agotamiento emocional.

Tabla: 97

Porcentajes de Despersonalización de los enfermeros con burnout

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	1	100
TOTAL	1	100



Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).

El gráfico de la tabla 97, nos encamina a observar que el enfermero con el síndrome si presenta despersonalización.

Tabla: 98**Porcentajes de Realización Personal de los enfermeros con burnout**

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Enfermeros del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).



El presente cuadro nos indica que el enfermero estudiado y que posee el síndrome de burnout presenta realización personal.

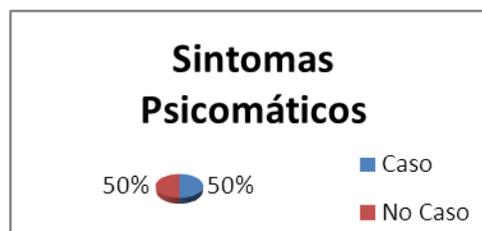
5.3.- Caracterización del CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28).-

Al analizar los resultados obtenidos en este cuestionario podemos manifestar lo siguiente mediante gráficos e ilustraciones:

MÉDICOS SIN BURNOUT**Tabla: 98****Síntomas Psicosomáticos de los médicos sin burnout**

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	5	50
No Caso	5	50
TOTAL	10	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).

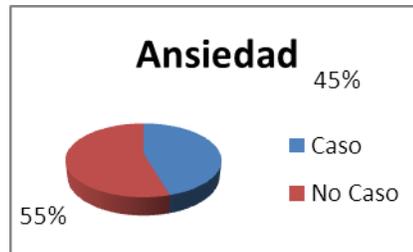


La tabla 98 nos indica que los síntomas psicosomáticos tienen porcentajes iguales es decir de 50% para el no caso y 50% para el caso confirmado de síntomas psicosomáticos en los médicos que no poseen el burnout según el estudio realizado.

Tabla: 99

Porcentajes de Ansiedad de los médicos sin burnout

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	5	45,4545
No Caso	6	54,5455
TOTAL	11	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).

Según la tabla 99 se observa que la ansiedad en los profesionales de la medicina que no presentan el síndrome se da en el no caso en un 54.54%, y en el caso en un 45.45%.

Tabla: 100

Porcentajes de Disfunción Social de los médicos sin burnout

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	9	100
TOTAL	9	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro
Andrade, A. (2012).

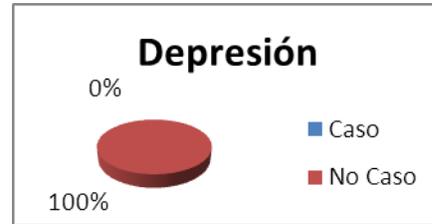
El presente gráfico nos muestra que los médicos sin burnout no poseen disfunción social, ya que el no caso posee el 100%.

Tabla: 101**Porcentajes de depresión de los médicos sin burnout**

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	3	100
TOTAL	3	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 101 nos permite observar que los médicos analizados sin burnout no tienen depresión ya que el parámetro de no caso posee el 100%.

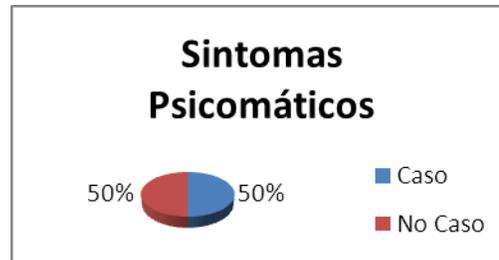
MÉDICOS CON BURNOUT

Tabla: 102**Síntomas Psicossomáticos de los médicos con burnout**

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	5	50
No Caso	5	50
TOTAL	10	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



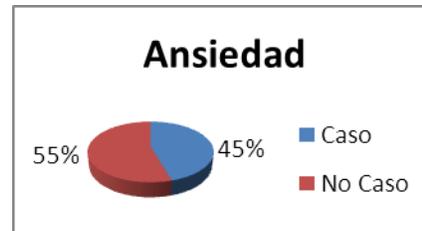
Mediante el análisis de la tabla 102 se puede ver lo siguiente que los síntomas psicossomáticos para el no caso y caso son iguales ya que para cada uno existe un 50% respectivamente.

Tabla: 103**Porcentajes de Ansiedad de los médicos con burnout**

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	5	45,4545
No Caso	6	54,5455
TOTAL	11	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



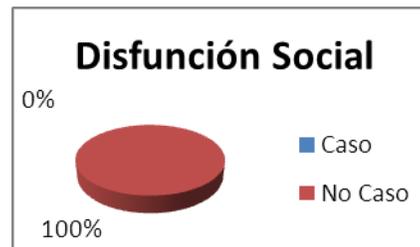
Según la tabla 103 los médicos que poseen burnout no presentan burnout en un 54.54%, en cambio si presentan en un 45.45%.

Tabla: 104**Porcentajes de Disfunción Social de los médicos con burnout**

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	9	100
TOTAL	9	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



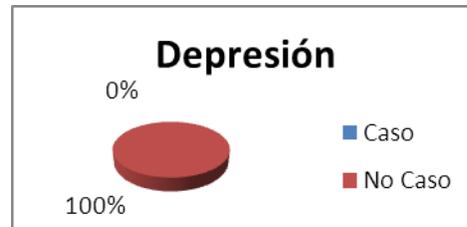
La tabla número 104 nos hace ver que los médicos que poseen burnout según éste estudio no presentan disfunción social ya que el no caso posee el 100%.

Tabla: 105**Porcentajes de Depresión de los médicos con burnout**

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	3	100
TOTAL	3	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



La tabla 105 nos deja observar que los médicos con burnout analizados no presentan depresión ya que para el no caso existe el 100%.

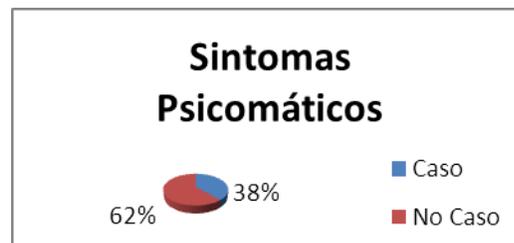
ENFERMEROS SIN BURNOUT

Tabla: 106**Síntomas Psicosomáticos de los enfermeros sin burnout**

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	5	38,4615385
No Caso	8	61,5384615
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

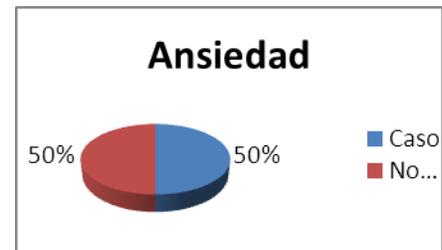
Andrade, A. (2012).



El gráfico nos ilustra que los enfermeros sin burnout analizados no poseen síntomas psicosomáticos en un 61,53%, ante caso que si poseen en un 28.46%.

Tabla: 107**Porcentajes de Ansiedad de los enfermeros sin burnout**

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	6	50
No Caso	6	50
TOTAL	12	100



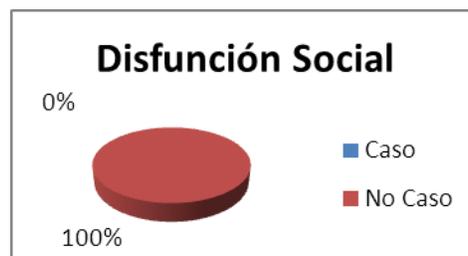
Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

La tabla 107 nos permite visualizar que los enfermeros sin burnout presentan ansiedad en igual proporción es decir un 50% ante un 50%.

Tabla: 108**Porcentajes de Disfunción Social de los enfermeros sin burnout**

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	10	100
TOTAL	10	100



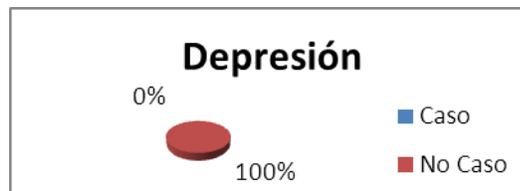
Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

La presente tabla nos ilustra que los enfermeros sin el síndrome no tienen disfunción social, ya que el 100% pertenecen al parámetro de los no casos.

Tabla: 109**Porcentajes de Depresión de los enfermeros sin burnout**

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	3	100
TOTAL	3	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

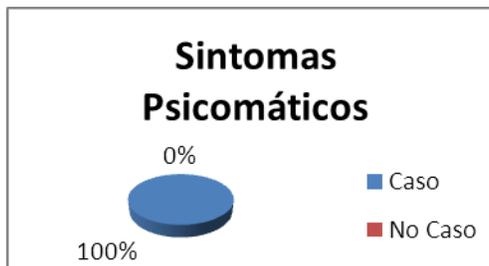
Andrade, A. (2012).

La tabla 109 no demuestra que los enfermeros sin burnout no poseen depresión ya que el no caso obtuvo el 100%.

ENFERMEROS CON BURNOUT

Tabla: 110**Síntomas Psicosomáticos de los enfermeros con burnout**

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	1	100
No Caso	0	0
TOTAL	1	100



Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).

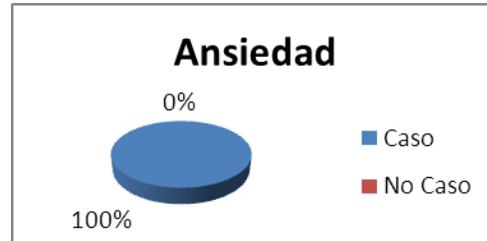
La tabla 110 nos indica que el enfermero analizado con el caso de burnout si posee síntoma psicosomático ya que está presentando este parámetro un 100%.

Tabla: 111**Porcentajes de Ansiedad de los enfermeros con burnout**

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	1	100
No Caso	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

Andrade, A. (2012).



El gráfico 111 nos permite observar que el enfermero que tiene el síndrome si posee ansiedad, éste parámetro posee un 100%.

Tabla: 112**Porcentajes de Disfunción social en los enfermeros con burnout**

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos del Hospital de Píllaro

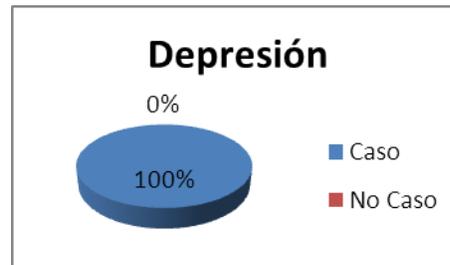
Andrade, A. (2012).



La tabla 112 manifiesta que el enfermero que posee el burnout no tiene disfunción social.

Tabla: 113**Porcentajes de Depresión en los enfermeros con burnout**

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	1	100
No Caso	0	0
TOTAL	1	100



Fuente: Médicos del Hospital de Pillaro

Andrade, A. (2012).

La tabla 113 nos aporta que el enfermero con el síndrome presenta depresión.

6.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS.-

Los resultados obtenidos de éste trabajo investigativo son muy valiosos, ya que me encaminan a formar juicios constructivos como profesional, y como ente activo de ésta sociedad en donde éste síndrome está atacando a un sector primordial tomar acciones puntuales para ayudar a futuros pacientes que presenten éste síndrome, es así que inicio mi discusión manifestando que se detectó lo siguiente:

Se cumplió el primer objetivo: identificar el nivel del Síndrome de Burnout que presentan los profesionales de la salud dentro de la localidad, la información generada nos permite afirmar en forma global a nivel de los médicos investigados que un total de 2 médicos de los 15 analizados es decir un 13.33% presenta el síndrome de burnout, en lo que refiere al área de los enfermeros investigados 1 de los enfermeros de los 15 estudiados es decir el 6,67% presenta el síndrome; con éstos antecedentes iniciaremos ésta parte medular y crucial del trabajo de investigación, la discusión de resultados cimentada en cada uno de los resultados de los instrumentos aplicados, en el orden en que fueron aplicados, se tiene que señalar que las edades de los profesionales investigados oscilan entre los 27 a 50 años es decir jóvenes y adultos medios.

De los profesionales médicos investigados que **no presentan burnout** la población más propensa a tener el síndrome de burnout constituyen las mujeres, lo que nos puede llevar a pensar que según mi trabajo de investigación las mujeres son más susceptibles de presentar el burnout por cuanto quizás la presencia de cargas emocionales, o de agotamiento emocional se dé en forma más profunda y constante en ellas, y los hombres posean más mecanismos de defensa o de afrontamiento eficaz ante el síndrome

Cabe resaltar y afirmar que de los 15 profesionales investigados en el área médica los dos casos detectados con el síndrome son de género femenino, es decir en su totalidad, en los estudios realizados de otros actores se puede destacar lo que se manifiesta: “El género manifestándose que las mujeres tienen a adquirir este síndrome en más cantidad puesto que además de la carga laboral tienen que afrontar la carga familiar.

En cambio otros estudios manifiestan que el hombre presenta también riesgo alto puesto que la mujer tiene mayor capacidad de confrontación y disposición ante aspectos de inestabilidad y peligro emocional.” (Grau, Armand, 2012); confirmándose que en verdad el género femenino es más proclive a adquirir el síndrome, a mi parecer es cierto que la

mujer posee mayor predisposición a obtener el burnout ya sea por su estilo de afrontamiento ante las circunstancias adversas, su actitud de abarcar toda actividad para satisfacer a su medio, o su abnegación mal entendida.

En el aspecto que abarca el lugar de residencia o ejercicio de su profesión se demuestra que no incide de forma preponderante el hecho de que habiten en una zona central (ciudad), o campo alejado para presentar el síndrome, pertenecientes a etnias como la mestiza en un 75%, y blancos en un 25% esto se puede tomar como un indicador no muy claro ya que las personas en nuestro medio latinoamericano somos mestizos precisamente por la mezcla de razas, no existen estudios definidos o aportes sobre este tema de las razas y su predisposición ante el burnout.

Se puede señalar que los dos casos detectados son de profesionales jóvenes en un rango de 27 a 30 años ratificando lo que señalan las investigaciones realizadas que dicen: que la edad constituye un aspecto que indica que existe una predisposición entre los profesionales jóvenes, (Grau, Armand, 2012), es decir que los profesionales con menos edad se presentan con más opción para padecer el Burnout, situación que comparto, pues en mi forma de ver los jóvenes profesionales por sus anhelos, aspiraciones, ilusiones y emociones no manejadas y no cimentadas en la experiencia pueden ocasionar frustraciones y decepciones que a la larga se pueden convertir en factores desencadenantes del síndrome.

El aspecto del estado civil al parecer indica que se contradice algunos aportes científicos que dicen que el estado civil, se asocia con mayor índice con el aspecto de que los profesionales solteros serían más propensos a tener Burnout, en comparación con los casados y con pareja estable(Grau, Armand, 2012), es decir que los médicos solteros tienen mayor predisposición a sufrir éste síndrome, ya que el porcentaje de médicos solteros con burnout es de 50% frente a los divorciados de un 50% es decir uno de uno, tal vez se pueda enfocar esto al manifestar que como contrariamente se pronosticaba los médicos solteros poseen igual riesgo de tener el síndrome, ya sea por la tranquilidad o

pasividad que el estado de soltería ejerce en el individuo, en cambio en el estado de casado las responsabilidades y conflictos pueden presionar al profesional de tal modo puede estresarse; en lo que se refiere a la pregunta de con quién viven observamos que los médicos sin burnout que viven acompañados son más que los que viven solos, lo que afirmaría que el estar acompañado en su vida cotidiana si importaría al hecho de que ayudaría a no desarrollar el burnout, los profesionales quizás que no presentan este síndrome al vivir acompañados no desarrollan conflictos y soledad que ayuden a la presencia de agentes estresantes; el estar en un trabajo a tiempo completo no resulta un factor negativo que ayude al apareamiento del burnout, ya que el 83% de los médicos que no posee el síndrome corresponde a aquellos que desarrollan su trabajo a tiempo completo, lo que nos hace pensar que no es el tiempo de trabajo lo que aporta para que haya el síndrome en los profesionales médicos.

Al hablar del sector de labor los médicos sin burnout según este estudio laboran en su mayoría en el sector público, esto nos haría deducir que los el ambiente laboral en el sector público no aportaría para que el médico desarrolle el síndrome como se puede pensar, no existen estudios o aportes específicos claramente definidos sobre este aspecto; la seguridad laboral tampoco parecería ser aspecto estresante ya que el mayor porcentaje de la seguridad en el trabajo es para el aspecto ocasional del mismo con 33%, lo que refleja que no es la seguridad o estabilidad en el trabajo lo que les hace sentir menos presionados a aquellos médicos que no poseen burnout

Será por la seguridad de sus conocimientos y capacidad lo que les hace pensar que podrían ubicarse fácilmente en otro empleo, o de la demanda laboral existente, al hablar del número de pacientes con riesgo de fallecer, y de la presión laboral se establece que el tener un mayor número de pacientes con riesgo de morir no establece que sea una causal para poseer el síndrome, ya que el porcentaje de médicos que no tienen burnout y que tienen pacientes con riesgo de muerte es mayor a los que no tienen pacientes en riesgo, lo que indica que no es determinante la situación de tratar con pacientes en riesgo de muerte para obtener el síndrome, será porque los médicos sin burnout presentan

estrategias de afrontamiento más eficaces y pueden adquirir mayores responsabilidades sin afectar su estabilidad emocional.

En cambio enfocando al hecho de que los médicos que no tienen burnout poseen un menor número de pacientes fallecidos también indicaría que el hecho de que no existan mayoritariamente pacientes fallecidos en el ejercicio de su labor ayudaría positivamente a que no se presente el síndrome, ya que la tranquilidad al no tener número mayoritario de decesos dotaría de mayor estabilidad emocional a los profesionales.

Según estudios realizados se dice que tiene un papel que jugar en el establecimiento de medidas de prevención, incluyendo pasos para disminuir el estrés crónico relacionado con el trabajo, especialmente sobrecarga. (Hobfoll y Shirom, 2000).

En el nivel de recursos necesarios para desarrollar su labor los médicos sin burnout trabajan mayoritariamente con un nivel de recursos medianamente satisfactorios, lo que nos da notar que no implica que existan necesidades de recursos, y que los médicos tienen un adecuado sistema de ejercer su labor utilizando eficazmente los recursos disponibles en el mismo, sin afectar su labor y buen desenvolviendo, en lo referente a estudios aportados sobre este aspecto solo se manifiesta que si existe una adecuada atmósfera de trabajo el profesional utilizará los elementos sean pocos ó muchos de mejor forma, y que si deben existir programas de capacitación diseñados para promover técnicas efectivas de manejo del estrés e instalaciones recreativas en el lugar. (Hobfoll y Shirom, 2000).

Al enfocar el espacio de los permisos para la ausencia en el trabajo se puede ver que entre los profesionales médicos que no poseen este síndrome hay un mayor número de permisos para ausentarse por distintos factores, quizás sea el mecanismo de nivelar su estabilidad emocional, y ejercer su profesión de mejor manera sin obtener el burnout, los aporte investigados manifiestan también que la comprensión, y comprensión por parte de los directivos al momento de solicitar permisos repercute en el nivel de estrés del

profesional, tampoco existen aportes significativos y valiosos de autores sobre este enfoque.

Es importante señalar el aspecto de la valoración que los médicos sin burnout perciben de parte de sus pacientes y su interacción, la valoración de los familiares de sus pacientes, de sus colegas y directivos ya que todos los indicadores obtenidos en la investigación demuestran que éstos profesionales perciben de manera total y bastante alta estos aspectos, lo que confirmaría que la valoración y percepción de la misma en estos niveles ayudaría profundamente en el hecho de no presentar el síndrome, aspecto que se afirma en los aportes de muchas investigaciones.

A mi parecer es uno de los aportes más significativos e importantes para que el profesional en medicina no desarrolle el síndrome y obtenga herramientas y estrategias de confrontación excelentes ante aspectos que puedan desencadenar el burnout, ya que cuando una persona se siente valorada y estimada, posee defensas adecuadas y positivas para enfrentar de mejor manera aspectos ó situaciones negativas y estresantes, al parecer sentiría mayor confianza y aceptación en lo que tiene que ver con su ejercicio profesional. Al referirnos al apoyo y colaboración de sus colegas y directivos se enfoca lo siguiente que al tener mayor apoyo y colaboración en los médicos es difícil que se desarrolle el burnout en los mismos, ya que estarían en un medio de compresión, apoyo y equilibrio donde se le brinden oportunidades de crecer, de establecerse y desarrollar estrategias de ayuda, de diálogo y dirección oportunas, mismas que no permitirían el apareamiento del síndrome.

En torno a los aportes de investigaciones globales de lo antes mencionado se puede citar: que debido a que el apoyo social es una ruta potencial principal para los recursos que están más allá de aquellos que los individuos poseen directamente, es un recurso crítico en muchas situaciones estresantes relacionadas con el empleo (Hobfoll y Shirom 2000), lo que ratifica que el individuo necesita una adecuada atmósfera laboral donde se

abarquen diversos aspectos que coadyuven a realizar un trabajo más óptimo y un afrontamiento eficaz ante situaciones apremiantes y de estrés.

La satisfacción en el nivel de la experiencia profesional es mayor en este nivel de profesionales que no presentan burnout, aspecto que recalca que el profesional al sentirse satisfecho con su experiencia afrontaría de mejor manera situaciones estresantes, afirmando los aportes científicos y en mi criterio la satisfacción es un aspecto preponderante para sentir una realización personal y confianza plena en relación al ejercicio óptimo de su profesión, en el enfoque de la satisfacción económica se puede percibir que mientras más satisfacción se tenga con este aspecto menos estrés o preocupación sentirá el profesional, haciendo que al tener seguridad económica se obtenga también niveles de tranquilidad y bienestar para ejercer más adecuadamente la labor profesional.

En lo que concierne a al agotamiento emocional en los médicos que según este trabajo investigativo no poseen el síndrome se puede observar que los profesionales poseen un bajo nivel de agotamiento con un 50% ante un alto y medio con porcentajes de 25% cada uno, lo que afirmaría que el agotamiento emocional presente en nivel bajo en estos profesionales sería un aspecto positivo para que puedan afrontar el estrés laboral, dando la razón a los estudios realizados que exponen: que el agotamiento emocional se refiere a sentimientos de estar vacío de los recursos emocionales propios.

Esta dimensión fue considerada como el componente básico de estrés individual del síndrome (Maslach et al. 2001); en mi enfoque personal diré que el hecho de que los profesionales médicos no tengan en altos porcentajes el agotamiento emocional sería una base muy importante para que el profesional tenga un respaldo óptimo y eficaz ante situaciones de presión y estresantes.

Al hablar de despersonalización diremos que el aporte obtenido del estudio es muy similar al anterior que dice: que la despersonalización, que se refiere a la respuesta negativa, cínica, o excesivamente indiferente hacia otras personas en el trabajo, representa el

componente interpersonal del burnout. La baja realización personal se refiere a los sentimientos de declinación en la competencia y productividad de uno y a la sensación de autoeficacia disminuida; representa el componente de autoevaluación del burnout (Maslach 1998), ya que también se detectó que los profesionales presentaron una baja despersonalización en mayor porcentaje lo que afirma que generalmente si se obtiene un porcentaje bajo en los niveles de agotamiento y despersonalización en el profesional el síndrome no se desarrollaría en los mismos;

Al analizar el nivel de realización que es del 100% en los médicos que no poseen el síndrome lo que confirma fehacientemente que el poseer un alto grado de realización personal en un profesional de medicina serviría de base para que los niveles de estrés y preocupación sean manejados de forma más adecuada y exitosa, como observación personal manifiesto que el profesional de la salud al tener mayores expectativas de realización personal estaría más preparado y optimista al momento de afrontar problemas y situaciones negativas.

Al establecer un estudio en lo que tiene que ver a los síntomas psicosomáticos se puede observar que existe un igual porcentaje de presencia y no presencia de los mismos en los médicos sin burnout, situación que sugiere que se tenga o no el síndrome los síntomas psicosomáticos estarán siempre presentes en todos los profesionales ya sea por situaciones de cansancio, de preocupación, etc, sin que esto indique de forma preponderante que el médico tenga burnout, estudios y aporten expresan lo siguiente: Fisiológicamente el síndrome se manifiesta en dolor cervical, úlceras, tensión muscular, aumento de enfermedades, dolencias médicas preexistentes (como hipertensión arterial, jaquecas, lumbago, asma y alergia); puede haber una susceptibilidad creciente a varios problemas gastrointestinales, dolores musculares y cambio de peso (Patrick, 1979; Carroll & White, 1982; citados por Borja et al., 2001), aspectos y características patológicas que si han aparecido en los profesionales investigados.

En lo que refiere a la ansiedad se ve que el porcentaje que determina el hecho de no tener ansiedad en los profesionales sin burnout es más alto en los que si lo tienen, interpretando esto se podría decir que los aspectos de ansiedad estarán presentes en los profesionales de la salud, y que al saberlos manejar de forma correcta estos no llevarían

al sujeto a desarrollar el burnout, enfocando a estudios obtenidos e investigados podemos citar: La ansiedad es un sentimiento universal, que si se encuentra presente en un grado moderado sirve como un mecanismo adaptativo, ayuda al individuo a enfrentarse a determinadas situaciones, a tener iniciativas y le preparan para la acción.

Si la intensidad de la ansiedad sobrepasa determinados límites, esa función adaptativa se pierde y la ansiedad se vuelve en contra del sujeto, comienza a somatizar y restringir su libertad.(Zabalegui. A. 2002); lo que es importante señalar es que se puede decir con toda seguridad que en los médicos que no poseen burnout no existe depresión aspecto que fue recalcado con un 100%, siendo digno de destacar ya que las investigaciones realizadas anteriormente señalan que uno de los puntos decisivos para que el médico obtenga el burnout es la presencia de la depresión, logrando enfocar lo siguiente, que la depresión en los profesionales con estrés laboral interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona y su normal desenvolvimiento, (.CBP. Psicólogos, Artículos, 2012); mi opinión personal es que la depresión viene a ser como la base, el cimiento para que se desarrolle el burnout, como una especie de detonante y caldo de cultivo para que el burnout se desarrolle y estanque el desempeño profesional en el médico.

Según el COPE se enfoca que los aspectos positivos como la autodistracción, el afrontamiento, el replanteamiento positivo, la planificación, aceptación, están en niveles alto, aspecto que ayudaría a que los médicos que no poseen el síndrome desarrollen estrategias eficaces y acertadas para no tener el síndrome, en verdad al realizar cada una de las acciones anteriormente señaladas se podría decir que el médico ejerce un mecanismo de prevención y apoyo eficaz contra situaciones estresantes, de igual forma al señalar los aspectos negativos como la negación, la culpa propia el uso de sustancias, etc, que se encuentran en niveles bajos se puede manifestar que los médicos que no poseen burnout realizan estas actividades en menor porcentaje y que esto sería un factor que determine que no aparezca el síndrome, ya que a mi parecer las prácticas de actividades negativas serían aspectos que hundirían más a los sujetos y que le llevarían a adquirir o a empeorar las situaciones estresantes, y por ende el síndrome en estudio.

Factores como el desahogo y humor están en niveles equilibrados, lo que supone que los profesionales sin burnout poseen en niveles equilibrados mecanismos de escape y

defensa como son el desahogo y humor, que deberían bajo mi criterio personal ser bases para obtener mayor fortaleza y desempeño óptimo en la labor médica; en torno y comparando lo anteriormente manifestado se puede corroborar lo manifestado en base a los estudios aportados que dicen que el afrontamiento y las diversas actividades y áreas de distracción, etc, se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales; constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Folkman y Lazarus, 1985).

Al observar aspectos como el apoyo instrumental y social, se puede percibir que tienen niveles altos en los médicos sin burnout, seguidos con los niveles de amor-cariño y redes sociales, dándose por descubierto que con la presencia alta de estos aspectos en el profesional difícilmente se presentará el burnout, puesto que los mismo servirían como válvula de escape y de equilibrio para dichos profesionales.

En mi enfoque manifiesto que el apareamiento en altos niveles de estos aspectos ayuda de manera profunda en el profesional ya que con ellos obtiene un equilibrio estable y óptimo ante situaciones de gran responsabilidad y estresantes que aparecen con frecuencia en el ejercicio de ésta profesión, como referencia y constatando los resultados y mi propio criterio tenemos los siguientes estudios que dicen que en definitiva, la importancia de contar con una red de apoyo social radica no sólo en que permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también se ha vinculado estrechamente a bienestar psicológico (Thompson et al., 2000).

Al enfocar un análisis a estudio sobre la personalidad se puede detectar que los niveles de extroversión más altos en los profesionales sin burnout, dejando ver que si el sujeto comparte más, dialoga más, expone mas sus necesidades, etc, éste desarrollaría en menor porcentaje el síndrome, le siguen aspectos como la sinceridad que es necesaria ejercerla en todo nivel para no poseer cargas emocionales que actúen en el interior de la persona en forma negativa

Luego vemos al neurotismo y psicotismo aspectos que están en menor porcentaje y que sabiéndolos manejar a tiempo y eficazmente dentro de un ambiente óptimo y manejo emocional propio se estabilizarían y se manejarían de manera eficiente, para que de esta forma no aparezca el burnout, enfocare en este aspecto a la importancia de poseer y generar un locus de control adecuado sobre la personalidad, investigaciones realizadas sobre esto expresan que y en concreto el constructo de Locus de Control de Rotter (1954), al campo de la salud.

La hipótesis general era clara y simple: aquellas personas que crean que su salud depende, en primera instancia de ellas mismas (locus de control interno), tendrán mejor salud que las que crean que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (locus de control externo), debido a que el locus de control de la salud interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud.

Al referirnos a los **enfermeros sin burnout**, al contrario de los médicos los enfermeros que no presentan el burnout son los de género femenino, ya que el único caso detectado es de género masculino , dejando ver que la población de enfermeras mujeres en este estudio puede poseer mejores mecanismos de confrontación, de realización personal y valoración en el ejercicio de su profesión, esta población es habita en lugares urbanos en su mayoría aspecto que enfoca que al tener mayor facilidad dentro del área urbana para desarrollarse sería un apoyo para no obtener el burnout, al analizar la etnia las enfermeras que no posee burnout es de etnia mestiza.

Se indica que el profesional con burnout es de etnia indígena, aspecto que enfocaremos más adelante, a establecer un cuadro comparativo para la discusión se puede ver que los de etnia mestiza en su mayoría por obvias razones no desarrollan el síndrome, al enfocar el estado civil de los profesionales enfermeras que no poseen burnout establece que en un 50% son casadas es decir en su mayoría, aspecto que afirmaría estudios y enfoques que manifiestan que los profesionales en medicina que son casados son menos propensos a desarrollar burnout, quizás porque estén provistos de mecanismos positivos como el desahogo, la comprensión el apoyo familiar, etc, en el aspecto de su forma de vida se demuestra que las enfermeras sin burnout que viven acompañadas son mayoría,

aspecto que recalca el enfoque anterior, ya que el profesional que vive acompañado puede ejercer vías de desahogo y de equilibrio ante situaciones estresantes de su labor,

Al igual que los profesionales médicos sin burnout, las enfermeras que ejercen a tiempo completo su trabajo no presentan burnout, aspecto que contradice a paradigmas que manifiestan que los profesionales que ejercen a tiempo completo su labor son más propensos a tener el síndrome; el mismo enfoque se da al aspecto del sector laboral en el caso de las enfermeras sin burnout se puede deducir que las que trabajan en el sector público en su mayoría no tienen el síndrome.

Al parecer el tipo de contrato no afecta a que se dé un equilibrio en estas profesionales ya que la mayoría tiene un contrato ocasional y también indefinido aspecto que contradice a enfoques que dicen que la seguridad laboral sería un cimiento importante para que el síndrome no aparezca, el número de pacientes altos no incide en el equilibrio emocional de las enfermeras puesto que en su mayoría poseen un buen número de pacientes diarios atendidos, haciendo ver que el número alto de pacientes atendidos diariamente no es un aspecto que incida para que aparezca el síndrome.

En el área de pacientes con riesgo de muerte no se establece que sea una causal para poseer el síndrome, ya que el porcentaje de enfermeras que no tienen burnout y que tienen pacientes con riesgo de muerte es mayor a los que no tienen pacientes en riesgo, lo que indica que no es determinante la situación de tratar con pacientes en riesgo de muerte para obtener el síndrome, puede ser porque las enfermeras que no presentan burnout poseen herramientas eficaces de afrontamiento, haciéndolas capaces de obtener mayores responsabilidades sin que su estabilidad emocional se afecte, al enfocar el aspecto de que las enfermeras sin burnout no poseen un mayor número de pacientes fallecidos se puede decir que este hecho ayuda a que el síndrome no se manifieste quizás por el desempeño y confianza propia al ejercer su profesión a al alejamiento de situaciones fortuitas que estarían fuera de la responsabilidad de los profesionales en enfermería.

En el nivel de enfoque de los recursos necesarios se puede manifestar que es una situación idéntica a los profesionales médicos sin burnout en donde los recursos medianos priman, siendo la conclusión que no incide el aspecto de que existan necesidades en poca proporción que afecten al nivel emotivo de las enfermeras sin burnout,

Las enfermeras sin burnout poseen niveles altos de solicitud de permiso por diversas causas, siendo prescindible señalar destacar que al parecer quienes tienen mayor facilidad para alcanzar permisos dentro de su actividad tienen un mecanismo de protección y de afrontamiento ante dicho síndrome, al enfocar la valoración que sienten las enfermeras sin burnout en este estudio se puede denotar que en los niveles de valoración, interrelación con sus pacientes, valoración de los familiares de sus pacientes, colegas y directivos, los niveles son altos pero en menor porcentaje de los médicos sin burnout, existiendo inclusive la aparición de niveles de percepción donde se siente nada o poco valoradas.

Pero es preponderante el hecho de que en su mayoría sienten una positiva y mayoritaria valoración de parte de su entorno, aspecto que ayudará a las enfermeras sin burnout a obtener una adecuada estabilidad emocional misma que le ayude a no desarrollar el síndrome en cuestión, corroborando lo que diversos enfoques estudiados manifiestan acerca de que el profesional en salud necesita un ambiente positivo de trabajo y valoración óptima para no desarrollar el síndrome.

Al referirnos a la satisfacción del profesional en enfermería sin burnout con el trabajo que desempeña, podemos acotar que los niveles de satisfacción son en su totalidad altos, esto se vería reflejado en el sentir una estabilidad, seguridad y gusto por ejercer su profesión a pesar de los sacrificios y ardua labor que implique hacerlo, es decir que realizar una labor en la cual el profesional se sienta conectado, satisfecho y realizado es positivo, y esa situación muy alejada de desarrollar el síndrome.

En el aspecto de percepción de apoyo y colaboración de sus directivos y colegas se observa que los niveles en las enfermeras que no poseen el síndrome es muy alto, razón que asegura la visión de que en un ambiente positivo, donde se ejerza la labor con apoyo, entendimiento, empatía y colaboración de los diversos actores, es muy difícil que el burnout se desarrolle, ya que las enfermeras al poseer estos niveles son profesionales que gozan de una buena estabilidad emocional, llenos de comprensión, dominio propio y sobre todo de una valoración de su trabajo de todos los aspectos que éste implique.

Al realizar el análisis sobre la valoración sobre su experiencia profesional vemos que las enfermeras sin burnout presentan una alta valoración, lo que nos lleva a concluir que conforme su experiencia profesional sea valorada de manera positiva, ésta ejerce una motivación y base para que se formen refuerzos sólidos de confrontación a situaciones estresantes, ya que las enfermeras podrían manejar de mejor manera las ocasiones donde la inestabilidad y los problemas pudieran generar estrés; al observar el aspecto económico podemos manifestar que los niveles de satisfacción son altos en su mayoría, situación que nos haría pensar que la estabilidad económica influye sobre la aparición del síndrome, dotando al profesional en salud de seguridad y de equilibrio en un aspecto que al parecer cuenta en el momento de reflejar el apareamiento del síndrome.

Revisando el parámetro de agotamiento emocional vemos que el nivel del mismo en las enfermeras sin burnout es bajo totalmente, situación que nos permite establecer como conexión que el profesional en salud sin burnout no presenta agotamiento emocional, ya que puede desarrollar una diversa gama de mecanismos de afrontamiento encaminados a obtener una estabilidad emocional.

En lo referente a la despersonalización se puede manifestar que es de porcentaje medio, situación que no repercute preponderantemente en el desarrollo del síndrome, ya que el profesional en enfermería estaría controlando dicho nivel con acciones que conlleven a controlar las situaciones estresantes como son conexión con el medio, desahogo, acciones de compartir y solicitar ayuda eficaz, etc.

En lo que se anota en el aspecto de realización personal se alude que el nivel es muy alto en las enfermeras sin burnout analizadas, situación que confirma que la aparición en altos niveles de realización personal será tomado muy en cuenta para detectar la presencia o no del burnout, es decir que el nivel de realización dará un indicativo vital para que se califique la presencia o no del síndrome, es por eso que se puede acotar que en estudios realizados se da primordial atención al aspecto de realización personal para tomarlo como indicativo primario y esencial para diagnosticar el burnout, personalmente manifiesto que el profesional en cualquier área al poseer proyectos, esperanzas objetivos claros es muy difícil que adquiera el síndrome ya que éstos le servirán de motivación y camino para desarrollar fortalezas ante situaciones de estrés y futuros inconvenientes que amenacen su estabilidad emocional.

En el nivel de presencia de síntomas psicossomáticos se puede notar que en mayor porcentaje las enfermeras que poseen el síndrome no presentan dichos síntomas, es decir que se apoya las temáticas investigadas que manifiestan que al no poseer síntomas psicossomáticos en los profesionales de la salud se asentaba la idea de no obtener el burnout, aspecto que denota que los síntomas psicossomáticos son en su naturaleza una respuesta y muestra de situaciones que no han podido ser manejadas con eficacia.

En el parámetro de la ansiedad se puede ver que existe una nivel de igualdad entre su presencia o no, dejando ver que las enfermeras sin burnout tienen índices de ansiedad por igual con o sin burnout, es decir que síntomas de ansiedad se pueden manifestar en los profesionales sin que ello signifique el desarrollo preponderante del síndrome, quizás se maneje de forma adecuada dichos síntomas y no den como resultado la presencia del burnout, es decir que la ansiedad si puede ser controlada y manejada con éxito para no poder sufrir de burnout,

En el aspecto de disfunción social se puede decir que el 100% de enfermeras sin burnout no tiene esta disfunción, aspecto que sería determinante para que exista un equilibrio y

motivo de afrontamiento y equilibrio eficaz ante el síndrome, al ser el profesional una persona que interactúa adecuadamente con su medio inmediato de forma constructiva, éste profesional gozaría de una estabilidad óptima y excelente para confrontar situaciones que desencadenen en el burnout.

Según el enfoque del COPE se puede observar que aspectos como la autodistracción, el afrontamiento activo, el uso de apoyo instrumental, el replanteamiento positivo, la planificación, aceptación la religión, son utilizadas por las enfermeras sin burnout como mecanismos efectivos para que las situaciones estresantes o problemáticas sean manejadas de manera correcta y eficaz, en cambio vemos que aspectos negativos como la negación, el uso de sustancias, el sentido de culpa son poco utilizados por estos profesionales, lo que apoya lo anteriormente expuesto, las practicas de los aspectos positivos hacen que el burnout no aparezca, y el poco hábito encaminado en prácticas negativas permitiría que el profesional no presente sintomatología propia del burnout. Enfocando a los estudios expuestos se señala que las estrategias de afrontamiento activo implican confrontación o intento de cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, mientras que las estrategias de afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos.

La combinación de las dos dimensiones dicotómicas generan cuatro tipos de estrategias de afrontamiento: directo/activo (cambiar la fuente de estrés o confrontación con la persona que causa el estrés), directo/inactivo (ignorar la fuente de estrés o abandonar la situación estresante), indirecto/activo (hablar sobre el estrés), indirecto/inactivo (beber alcohol, tomar drogas, etc.).(Hernández, G. p. 326).

En lo que tiene que ver con el aspecto de apoyo social mediante la aparición de aspectos como el apoyo instrumental, emocional, amor-cariño, y redes sociales en ese orden constituyen aspectos eficaces para que las enfermeras que los poseen tengan una base que permita que manejen de mejor forma su afrontamiento directo con su realidad que en muchas ocasiones es de naturaleza apremiante, estos aspectos dorarían a las

enfermeras de herramientas buenas en el momento de obtener fortaleza y sabiduría ante situaciones que pueden desencadenar el burnout.

Tomando en cuenta a los estudios realizados tenemos lo siguiente: que en definitiva, la importancia de contar con una red de apoyo social radica no sólo en que permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también se ha vinculado estrechamente a bienestar psicológico (Thompson et al., 2000).

En el aspecto de la personalidad en las enfermeras sin burnout sucede un aspecto muy similar al que sucede en los médicos sin burnout, ya que la extroversión se presenta con más alto nivel, es decir que el profesional en salud extrovertido, que comparte, opina, manifiesta, dá a conocer sus ideas y sentimientos con mayor facilidad estaría mejor preparado para enfrentar situaciones estresantes, seguido por los niveles de sinceridad que ayuda en la persona a no cargar con culpas o posibles cohibiciones, también se denotan aspectos de la personalidad como neurotismo y psicotismo que aparecen en niveles iguales, lo que refiere que su presencia en las enfermeras en índices no tan altos no genera el apareamiento del síndrome, ya que puede ser equilibrado con todos los aspectos o parámetros de confrontación y equilibrio anteriormente anotados.

Al analizar a los **médicos con burnout**, se puede decir que la totalidad de los casos (2) es de género femenino, se puede decir que los profesionales hombres ejercen mecanismos más eficaces y fundamentales para que se contrarreste el apareamiento del burnout, en cambio las mujeres médicos son más susceptibles por diversas causas, que se develaran en transcurso de éste análisis y discusión de datos.

Al referirnos a la etnia de las dos profesionales con burnout podemos manifestar que son mestizas, situación que resulta lógica ante el universo de médicos estudiados ya que en

su gran mayoría son etnia mestiza, en el enfoque a su estado civil se puede denotar que un caso tiene estado civil soltero, y el otro de divorciado, descartando a los casados, es decir que en los profesionales médicos si influye el hecho de estar en soledad (soltería), o divorciados, queriendo dejar entrever que los profesionales casados como se manifiesta en la mayoría de los estudios sería una población menos susceptible a tener el burnout, ya sea por el nivel de comprensión, desahogo, compartir problemas, etc, que pudieran tener los profesionales médicos casados.

El tipo de trabajo en los dos casos con burnout es a tiempo completo lo que denotaría que fuera una causal el mantenerse en un trabajo donde los profesionales médicos se sientan absorbidos y sin opción a realizar otras actividades de equilibrio encaminadas a estabilizar sus emociones y a rescatarles del nivel de gran responsabilidad en que se desenvuelven, el solo estar pendientes de los problemas y responsabilidades a tiempo completo generaría situaciones estresantes que en muchas ocasiones darían como resultado la aparición del burnout.

El tipo de contrato esta dividido entre ocasional y plazo fijo, lo que quiere decir que ninguno es de naturaleza segura, lo que conllevaría a tener niveles de inseguridad e inestabilidad laboral, situación que puede ayudar al establecimiento del síndrome, al referirnos al número de pacientes con peligro de muerte atendidos por los médicos con burnout, referiremos que es del 100%, lo que implicaría que ante una gran responsabilidad como es el peligro de perder una vida humana se cimentaría los mecanismos para el desarrollo potencial del síndrome de burnout, al ver el número de pacientes fallecidos en medio del trabajo de los médicos con burnout vemos que es nulo de cero ya, situación que nos da a conocer que no hace falta que exista pacientes muertos o fallecidos para que el síndrome aparezca, es más bien el nivel de tensión de responder de forma eficaz mientras estos estén con vida.

Los médicos que desarrollan el burnout poseen los recursos necesarios para su labor de forma mediana, factor que denota que no hace falta poseer pocos recursos, sino más bien como se encaminan los mismos la utilidad potencialmente buena y óptima que se les dé a los mismos, siendo el profesional el agente eficiente que pueda encaminar de la mejor

forma los recursos que posee, según estudios realizados se daba a notar que los profesionales médicos que no poseen recursos para su labro tendían a desarrollar el síndrome pero vemos en este caso que no es así.

Los médicos con burnout del presente estudio si han solicitado permiso diversas ocasiones lo que no descartaría que tienen el síndrome por no contar con los permisos correspondientes en algún problema o situación apremiante de su vida profesional, en lo que tiene que ver con la valoración e interacción de los pacientes, y la valoración de los familiares de los pacientes, de los directivos que son aspectos que alcanzan niveles positivos en un alto porcentaje se puede manifestar el gozar de la positividad de estos aspectos no es primordial para no desarrollar el burnout.

Cabe indicar algo importante que en el parámetro de valoración de parte de los colegas de los médicos con burnout, se pude acotar que existe una valoración de bastante para el profesional número 11 y de poco valorado para el número 2, situación que puede generar en el paciente dos una diferencia que determine el origen del aparecimiento del burnout conjuntamente con el alto número de pacientes en peligro de muerte, situaciones que a mi parecer son detonantes principales para que aparezca el burnout en este profesional.

Los dos casos de los médicos con burnout dicen estar satisfechos con el trabajo que realizan, situación que deja de lado lo que puntualizan algunos aportes científicos donde se manifiesta que al no estar satisfechos los profesionales de la salud con su labor, éstos pueden generar fácilmente el síndrome en estudio, el estar a gusto con lo que realiza ayudaría muy poco al afrontamiento eficaz y manejo emocional óptimo ante situaciones problemáticas.

Al enfocar la percepción de los médicos con burnout sobre la colaboración de sus colegas se comprueba lo expuesto anteriormente en el aspecto de valoración de sus colegas, es el profesional número (2) quien percibe un bajo nivel de colaboración por parte de sus colegas, situación que hace que me enfatice manifestando que es el aspecto de convencia e interrelación con sus colegas el que genera de manera preponderante el

burnout, aspectos de estudios e investigaciones también resaltan la importancia del establecimiento de adecuadas interrelaciones entre los colegas para contrarrestar la aparición del síndrome en los profesionales de la salud.

En lo que se refiere a la valoración global a la experiencia profesional es en cambio el médico número (11) quien manifiesta que siente poca valoración de su experiencia aspecto que nos permite diferenciar el origen del síndrome del burnout en cada uno de los casos, pero en cada uno ellos el enfoque se da por percepciones propias que se producen en el desarrollo de su profesión pero que afectan de manera profunda a los profesionales en cuestión.

Los estudios realizados manifiestan que los profesionales médicos que no posean una óptima valoración de su experiencia son más propensos a desarrollar el burnout, por cuanto ven inútil e inerte el esfuerzo que realizan al trabajar en tan ardua profesión, es decir que el sacrificio debe ser percibido y reconocido en todo nivel interno y externo del profesional en medicina, para que este desarrolle eficaces vías que le permitan mantenerse lejos del síndrome de burnout.

Otra diferencia entre los dos médicos que presentan el burnout es el enfoque que le dan a la satisfacción económica, siendo positiva en el profesional número (2), y negativa es decir de insatisfacción en el profesional número (11), situación que deja en claro que para algunos profesionales la situación e incentivo económico prima, y se desarrolla como semilla para que florezca en algún momento el burnout.

Para los dos casos el enfoque del agotamiento, despersonalización y realización son altos, pudiendo manifestar que el poseer un índice alto en la realización no significa que no se pueda desarrollar el síndrome ya que se puede tener objetivos, metas, realizaciones como profesional médico, pero al mismo tiempo se puede poseer niveles altos de (3) en los dos aspectos detonantes del burnout como son: la despersonalización y el agotamiento emocional, situación que en los dos casos se da de forma determinante,

es decir que al desarrollar agotamiento y despersonalización en su más alto nivel la persona o profesional que los desarrolla posee burnout .

En lo que tiene que ver con la presencia de síntomas psicossomáticos, y ansiedad los dos médicos con el síndrome poseen estos dos aspectos, situación que es comprensible al ver los aportes científicos que manifiestan que con el apareamiento de niveles de psicotismo, y ansiedad en los profesionales de la salud, se corrobora la presencia del síndrome debido a un inadecuado manejo emocional, y niveles estresantes.

En cambio con lo que se refiere a la disfunción social, ninguno de los dos casos la presenta, situación que contradice teorías que manifiestan que una adecuada interacción social por parte del individuo ocasionaría situaciones de gran estrés, es pues meritorio el hecho que se puede decir que los profesionales en la salud médicos con burnout son individuos que desarrollan con más facilidad estados de psicossomáticos, y de ansiedad que no serían manejables es decir que se irían de sus manos, siendo urgente ayuda profesional .

En lo que refiere a los niveles de afrontamiento se puede manifestar que la autodistracción, el afrontamiento activo, el uso de apoyo instrumental, el replanteamiento positivo, la planificación, aceptación la religión, son utilizadas por los médicos con burnout de forma normal, no tan enfáticamente como los profesionales sin burnout, pero es rescatable el hecho de que son acciones que son llevadas a cabo por los profesionales que a pesar de poseer el síndrome realizan actividades de afrontamiento de forma positiva, en cambio aspectos negativos como la negación, el uso de sustancias, el sentido de culpa son poco utilizados por estos profesionales de forma discontinua y baja lo que supone que a pesar de presentar el burnout esto no es situación apremiante para desarrollar de forma continua y en un alto porcentaje dichas actividades.

En lo que tiene que ver con el aspecto de apoyo social se puede decir que el apoyo instrumental, emocional, amor-cariño, y redes sociales en ese orden constituyen aspectos

que a pesar de tener burnout los profesionales practiquen, es decir que el poseer un apoyo social efectivo no quiere decir que como muchos estudios señalen sea motivo para no desarrollar el síndrome, un médico con burnout puede tener un apoyo social efectivo y estable situación que no cambia su realidad de poseer burnout.

Al analizar el enfoque de la personalidad se puede ver que los médicos con burnout del presente trabajo presentan niveles altos de neurosismo, seguidos por sinceridad, extrovertismo y por último psicosisismo, que nos encaminan a concluir que al poseer burnout los médicos desarrollar más neurosis, sin dejar de lado la confrontación con su realidad mediante la sinceridad, el extrovertismo capacidad de manifestar sus vivencias y emociones con facilidad, y el psicosisismo como último aspecto que es practicable en los profesionales médicos con burnout, estos enfoques coinciden en gran parte con los análisis de estudios anteriores donde se manifiesta la práctica de cada uno de estos aspectos en los médicos que padecen el síndrome, siendo comprensible su aparición al ser cada uno de estos aspectos en su mayoría negativos en un profesional de la salud.

En el estudio del **enfermero con burnout**, se puede manifestar que, es de género masculino, lo que llevaría corroborar lo antes expuesto ante la manera de mujeres enfermeras de afrontar y manejar las situaciones estresantes en el ejercicio de su labor, el enfermero es de etnia indígena, aspecto que no se puede comparar ya que no existe algún referente del mismo, de estado civil divorciado lo que dejaría ver que sí cuenta el estado civil afectando el hecho de ser divorciado en la profesión.

Según estudios realizados, vive solo situación determinante ya que no goza de un ambiente de interacción afectiva-social inmediata donde puede manejar sus emociones mediante la convivencia y comprensión de parte de sus familiares, el tipo de trabajo es completo y en el sector público, situaciones que aportan poco para la discusión ya que no existen referencias profundas y notables que nos permitan aportar con más discusiones, el tipo de contrato es eventual, situación que refleja que tal vez sea un factor de intranquilidad y estrés ante la inseguridad laboral en que el enfermo se desarrolla, lo que podría interpretarse como aspecto detonante para que surja el síndrome.

En lo referente al número de pacientes en riesgo de muerte y fallecidos vemos que se manifiestan niveles de existencia, lo que pondría al descubierto en este profesional que mientras más grande sea la responsabilidad y pacientes fallecidos más predisposición habría para que se desarrolle el síndrome, aspecto que tiene fundamento en aportes estudiados donde se manifiesta que al tener pacientes en riesgo de muerte y al existir pacientes fallecidos, los profesionales enfermeros están predispuestos a desarrollar el burnout, al no tener la forma o mecanismo de afrontar con dicha responsabilidad de la forma más eficaz.

El estudio manifiesta que el enfermero con burnout dice que en su labor cuenta con la totalidad de recursos, lo que contrastaría con lo que los estudios realizados manifiestan, que puede ser detonante para la adquisición del burnout el no poseer recursos necesarios para realizar la labor médica, entonces se puede decir que este caso es la excepción, que a pesar de contar con todos los recursos el profesional en enfermería desarrolla el síndrome.

Un aspecto vital para mi enfoque es la percepción de la valoración que el enfermero posee de sus pacientes y de sus colegas que es poco, aspecto que para mi parecer es medular para el apareamiento del burnout, pues cuenta mucho el sentido de percibir la valoración de los pacientes y colegas en el profesional, pues de esto depende en gran parte como se desenvuelva en el momento de atender y responder ante sus pacientes, y de interrelacionarse y apoyarse con sus colegas.

El enfermero se siente valorado por los familiares de sus pacientes y directivos, situación que no repercute en el apareamiento o no del burnout, se puede manifestar que la percepción del apoyo de los familiares de los colegas y de sus directivos no constituye aspecto transcendental para no desarrollar el síndrome, el profesional con burnout se siente satisfecho con el trabajo que realiza y con la interacción con sus pacientes, se puede decir que no tiene objeciones propias con su labor y ni con el trato mutuo con sus

pacientes, tal vez su nivel de medición para los mismos sea dada de forma parca y estática, sin motivaciones y respuestas que surjan de forma constructiva, el enfermero si percibe apoyo de sus directivos y colegas situación que sería tomada con sigilo ya que el hecho de que no se sienta valorado por sus colegas no quiere decir que no se sienta apoyado por los mismos, es decir que el apoyo es de carácter externo y la valoración interno, personal e íntimo, situación que marca la diferencia.

El enfermero con burnout manifiesta que su satisfacción de su experiencia laboral es alta , situación que hace denotar su imagen propia no está afectada por el hecho de percibir negativamente el aspecto de la valoración de sus colegas, este aspecto alejaría el hecho de que el síndrome aparece únicamente en los profesionales que tienen insatisfacción laboral, en cuanto a su satisfacción económica se puede manifestar similares aspectos que en lo anteriormente expuesto, es decir que la valoración positiva de su aspecto económico no es causal para que el profesional no padezca de burnout.

En torno a agotamiento emocional, despersonalización y realización personal se observa que el enfermero con burnout posee altos índices de presencia de los mismos, resultando en una situación similar a la de los médicos con burnout, en donde se enfocaba que no por el hecho de que el profesional en medicina presente altos niveles de realización personal no significa que no se pueda desarrollar el síndrome ya que se puede tener objetivos, metas, realizaciones como profesional médico, pero al mismo tiempo se puede poseer niveles altos de (3) en los dos aspectos detonantes del burnout como son: la despersonalización y el agotamiento emocional, situación que en los dos casos se dá de forma determinante, es decir que al desarrollar agotamiento y despersonalización en su más alto nivel la persona o profesional que los desarrolla posee burnout

En lo que tiene que ver con el aparecimiento de síntomas psicosomáticos, y ansiedad en el profesional con burnout, solo denota que al tener dicho síndrome el profesional es propenso a tener síntomas psicosomáticos y ansiedad como se refleja en aportes

estudiados, y en lo que refiere a la disfunción social el enfermero en mención no presenta aparición de dicho aspecto, situación que es muy similar a los médicos con burnout.

Al revisar el nivel de afrontamiento del enfermero con burnout podemos señalar que aspectos positivos como: la autodistracción, uso de apoyo instrumental-emocional, retirada del comportamiento, desahogo, replanteamiento positivo, humor, aceptación y planificación, si son utilizados por el enfermero, no siendo determinante para que el síndrome no aparezca o se extinga, hay que manifestar que existen también prácticas negativas como el uso de sustancias y sentimiento de culpa de sí mismo, aspecto que según lógica y estudios apoyarían al apareamiento y profundización del burnout.

En el nivel de apoyo emocional tenemos que el enfermero con burnout manifiesta que posee una percepción de apoyo emocional-instrumental, al igual de amor-cariño y redes sociales, aspecto que nos hace pensar de que a pesar de manejar un buen nivel de interacción social, el enfermo tiene burnout, es decir que en él no se aplican estudios que dicen que el profesional que posee burnout no posee un equilibrado apoyo emocional.

Al estudiar el nivel de personalidad del enfermero con burnout, se puede decir que el nivel de extroversión es decir el aspecto que permite una gran transmisión de ideas, sentimientos, etc, es practicada por el mismo, seguida por el neurotismo y sinceridad y por último la sinceridad, aspectos que están presentes en los profesionales con burnout en diferente grado, lo que cambiaría es el enfoque e importancia que al momento de laborar y e interactuar con los pacientes y demás actores se tendría, es decir que los componentes de la personalidad en un individuo con o sin burnout cambian de orden según su constante o poca aparición y el nivel de incidencia en la calidad de vida laboral y social del profesional .

Realizando un enfoque de los resultados hacia lo que es el marco teórico de éste trabajo se puede manifestar que, los estudios realizados sobre el tema si bien es cierto han avanzado de manera eficaz, siguen siendo insuficientes, al menos en lo referente al alcance, desarrollo e impacto que se viene dando a nivel de Latinoamérica, ya que a nivel

mundial especialmente en los países europeos los estudios del mismo están evidenciando avances significativos, producto de la demanda que existe al ser el área europea un sector atacado mayoritariamente por este síndrome, ya sea por el nivel de vida y las tensiones que se dan en los profesionales de la medicina, en lo que tiene que ver con el Ecuador, los estudios son insuficientes, ya que no se ha dado la suficiente importancia a esta temática, pues los aportes provenientes a las pocas investigaciones en el país solo dan resultados generales, sin un enfoque que sirva de una ayuda direccional para lograr obtener bases eficaces a los profesionales que necesitamos una ayuda-guía al momento de encaminar nuestras decisiones o respaldar nuestro trabajo.

Al afrontar la realidad en base a las investigaciones y aportes científicos, y reflejándolos a nuestro entorno podríamos manifestar que el hombre especialmente el profesional en medicina tiene muchas rutas ineludibles tales como: las áreas personal, fraternal, filial, paternal, conyugal, social, etc, teniendo que sortear satisfacciones y sufrimientos, que le producen estrés y afectan a su salud, según los estudios obtenidos el estrés produce respuestas a nivel individual, grupal, en las áreas psicológicas, fisiológicas, siendo un evento constante en el transcurso de toda la vida del trabajador, el mismo que es actor principal de un obstáculo a manera de reto que debe ser superado a como dé lugar.

A lo largo de todo este estudio de investigación que el síndrome de burnout constituye un fase avanzada del estrés laboral y puede llegar a causar daños irreversibles como una incapacitación en nivel laboral de naturaleza temporal ó permanente, y en el peor de los casos atacar la vida misma, detectar a tiempo este tipo de síndromes no es sólo necesario para precautelar la estabilidad laboral de la persona o profesional afectado, sino para mejorar los ámbitos de su propia intimidad.

Es vital señalar que en base a las investigaciones se puede deducir que el problema más grave y frecuente en este síndrome es la falta de motivación, la incapacidad de realizar las actividades con capacidad y esmero, no se limita al trabajo sino que se traslada y generaliza a otras esferas de la vida del profesional como son: la personal, es decir familia, amigos, etc.

No obstante, es necesario tener en cuenta que los recursos personales son tan sólo una parte del afrontamiento en situaciones laborales que están claramente influidas por variables de carácter organizacional y social, las cuales han sido incluidas en el presente trabajo. De hecho, la relevancia de la dimensión personal-íntima del profesional de la salud nos remite también a elementos implicados en temáticas tradicionales como la motivación laboral y que se vinculan a la propia tarea y a las condiciones en que se desarrolla el trabajo: el reto, el desafío, el significado, su reconocimiento organizacional y profesional, etc; aspectos no siempre atendidos desde las organizaciones y políticas educativas.

Por ello, es fundamental centrarse en el contexto laboral tanto para establecer una adecuada organización del trabajo como para facilitar la posibilidad de acceder a recursos de carácter personal que puedan ser necesarios (formación, desarrollo habilidades, etc.).

Por último, las medidas encaminadas a producir cambios organizacionales deben incidir en un equilibrio de cargas de trabajo, en el refuerzo de la autoridad sobre el trabajo que se desempeña, en una adecuada política de recompensas, en la mejora del clima laboral, en la resolución de conflictos de valores, y en una acertada política de apoyos en el trabajo. Estas últimas medidas parecen ser las más adecuadas para conseguir un descenso en la prevalencia de este síndrome, siempre que se actúe sobre todas ellas a la vez, pues parece ser que interactúan entre sí.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.-

- ✓ Si existe niveles aunque mínimos de burnout en los profesionales médicos del Hospital de Pillaro en la provincia del Tungurahua.
- ✓ Se logró establecer el nivel del síndrome de burnout en los profesionales de la salud de la ciudad de Píllaro, en la provincia del Tungurahua, al igual que se pudo detectar los factores relacionados con éste fenómeno, estos niveles son bajos enfocados en un porcentaje de 13,33% de un total de 15 profesionales en medicina analizados, y en relación a los enfermeros es casi nulo, un porcentaje de 6,67% de los 15 enfermeros estudiados, es decir uno de los enfermeros estudiados posee el burnout. En cuanto a los factores se detecta que el afrontamiento mediante la despersonalización, agotamiento emocional son de nivel medio bajo y el aspecto de la realización personal presenta un porcentaje alto.
- ✓ Se determinó el estado de salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias, como resultado de éste análisis se pudo determinar que el estado de salud mental de los profesionales del Hospital de Píllaro es óptimo, ya que se detecto por sus aportes en las respuestas a las preguntas establecidas en los instrumentos aplicados dejan ver que a pesar de la presión, responsabilidad y problemática laboral ellos gozan de una estabilidad en su salud mental, situación que se evidencia por los resultados alcanzados en su nivel de desempeño y manejo ante situaciones difíciles y estresantes, mismas que necesitan ser extinguidas mediante una adecuada salud mental- emocional por parte el profesional.
- ✓ Se pudo detectar los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud, siendo el más utilizado: la realización personal a manera de visualización positiva a futuro. Dichas técnicas de afrontamiento son aplicadas con regularidad y libertad, dichas técnicas de afrontamiento se especificaban más en el área de las relaciones laborales con sus pares, la valoración de sus pacientes y sus familiares, al igual que los directivos, es decir

que el afrontamiento tiene su cimiento ideal en las relaciones óptimas establecidas entre el profesional en medicina y su medio, mientras más enriquecedoras y constantes sean las estrategias de afrontamiento, mayores serán las posibilidades de enfrentar y de extinguir la tensión laboral que puede originar el síndrome.

- ✓ Se determinó e identificó los rasgos de personalidad, aspectos que hacen denotar una diversidad de resultados como son: extrovertidos que se detectó en mayor grado que los profesionales introvertidos, muy pocos con grado de neuroticismo, y psicoticismo, aspectos que influían en el hecho de poseer o agravar el síndrome, ésta área será detallada en cada informe personal se dará a conocer a cada profesional investigado,
- ✓ Este estudio constituyó una experiencia muy constructiva para nosotros como futuros y próximos profesionales de la salud mental, pues la aplicación de este estudio fue tan positiva que nos ayudó de gran manera a saber desenvolvernos con más confianza y capacidad, ante aspectos primordiales e importantes como es el diagnóstico efectivo, seguimiento, y tratamiento del síndrome de burnout, síndrome que está atacando de forma creciente y preocupante en nuestro medio, se puede decir con toda seguridad, que el enfocar y tomar en cuenta este tema fue y es una oportunidad y excelente decisión, pues la UTPL con este aspecto sigue dejando en claro que se encuentra siempre a la vanguardia y ocupando los primeros sitios en lo que refiere a investigaciones innovadoras y de servicio comunitario, estudios basados en los pilares de la verdad científica y el aporte profesional con un criterio formado y eficaz.
- ✓ Como institución educativa de prestigio y renombre la U.T. P. L logra establecer como siempre una base importante y significativa, al instaurar y cimentar de forma concreta, científica y valiosa el estudio que se le debe dar a un tema tan importante y actual como es el síndrome de burnout en los profesionales de la salud del Ecuador, con ello la institución deja en el amplio espectro del estudio y avance científico un camino a seguir para que el futuro inmediato se cuenten con vías y mecanismos para afrontar eficazmente esta realidad, mediante el uso de

información y conocimiento obtenido del estudio e investigación enmarcados en la luz del obtener la verdad para servir y ascender siempre.

RECOMENDACIONES.-

- Se recomienda a la comunidad médica, realizar campañas educativas-formativas en torno a la problemática del síndrome de Burnout, debido a que la prevalencia y crecimiento de este síndrome sino se controla y se previene va en aumento, ya que la forma actual de vida y desarrollo profesional se caracterizan actualmente por poseer bases de competitividad, sentido de alta responsabilidad, y en muchos de los casos de frustración por objetivos ó metas no cumplidas.
- Sensibilizar los trabajadores del área de la salud y estudiantes de la salud, sobre la prevalencia del síndrome, sus implicaciones labores y repercusiones en su salud.
- Implementar la utilización del MBI como instrumento para la detección temprana del síndrome en los trabajadores recién vinculados como también en los funcionarios antiguos y estudiantes como parte de un sistema de vigilancia epidemiológica.
- A los departamentos de Recursos Humanos de las casas de salud, se recomienda realizar a manera de implementación técnica y de costumbre la aplicación de los instrumentos de evaluación que en esta investigación se utilizó, de ésta manera se podrá detectar a tiempo cualquier anomalía, y prevenir problemas a futuro.
- Para los profesionales en medicina se recomienda: Establecer objetivos realistas, intentar hacer más de lo que humanamente se puede nos empujará más allá de nuestros límites y creará un estrés innecesario. Debemos dejar atrás objetivos idealistas y acercarnos al mundo real, teniendo en cuenta nuestra capacidad y limitaciones. Practicar la asertividad, aprender a decir no, esta es una de las cosas más difíciles, ya que todo el mundo espera mucho de los profesionales de la salud,

siempre es útil hacer las cosas de manera diferente con mayor libertad personal y autonomía, continuando con la formación para mantenerse al día con nuevos retos y adelantos en la profesión.

- El lugar de trabajo también influye en la aparición del estrés. La decoración, la arquitectura, e incluso el silencio pueden aportar un ambiente tranquilo, estable, equilibrado que favorezca el trabajo. Con más personas y más medios se reduciría el riesgo muchas veces de llegar a una de éste tipo, aunque muchas veces no es posible y será conveniente analizar las formas de mejorar los recursos disponibles.
- Los administradores de recursos humanos en el ámbito de la sanidad deben ser conscientes de que la primera medida para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es formar al personal para conocer sus manifestaciones. Pero, además de considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos, los intentos de intervención deben incorporar otras acciones. Las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles: (a) considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual), (b) potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal) y, (c) eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome (nivel organizacional).
- En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.

- En el nivel grupal e interpersonal las estrategias pasan por fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo del rol.

- Por último, en el nivel organizacional, la dirección de las organizaciones debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Como parte de estos programas se recomienda desarrollar programas de socialización anticipatoria, con el objetivo de acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales.

- Se recomienda a la comunidad científica, profesional y estudiantil tomar en cuenta los datos y resultados obtenidos de este estudio global de la U.T.P.L, ya que el esfuerzo realizado con seguridad ha traído como fruto de excelencia guías y fortalezas para afrontar esta realidad del síndrome en estudio.

8. BIBLIOGRAFÍA .-

- ❖ Castro, Jordi “¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?” pp. 127/133 (en línea) http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/03-10_2.pdf
- ❖ Castro, Roberto “La investigación sobre el apoyo social en la salud”, Revista Salud Pública, Sao Paulo, Agosto/1997, (en línea) http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000400012&script=sci_arttext&tlng=eses
- ❖ Colegio Oficial de Psicología de Andalucía, “Apuntes de Psicología”, Vol:27, pp:517/537(en línea) <http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos>
- ❖ Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones,16(2):101-102.
- ❖ Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis
- ❖ Hernández, Lastenia “Estar quemando Burnout, y su relación con el afrontamiento”, Vol:4, N°2, pp:323/336, (en línea) http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf
- ❖ Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría “El Síndrome de Fatiga Crónica” (en línea) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000200003&script=sci_arttext.
- ❖ Ríos, José, “Personalidad y Madurez Humana”, (en línea) <http://www.mcano.com/stirpe/files/personalidadmadurez.pdf>
- ❖ Rodríguez MJ. Psicología Social de la Salud. Edit. Síntesis, Madrid,1995.

ANEXOS

CERTIFICACION DEL HOSPITAL DE LA CIUDAD DE PILLARO



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

Loja, 26 de noviembre de 2011

Señor (a)
Director(a) de la Institución de Salud
En su despacho.-

De mi consideración:

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de su carrera de Psicología ha desarrollado desde 1998, varias líneas de investigación en el ámbito psicológico, en cooperación interinstitucional con diferentes Universidades Nacionales e Internacionales; con el fin de aportar al proceso de investigación y desarrollo del país.

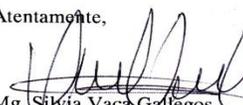
Es importante en el momento actual, promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida, política que también es prioridad del actual gobierno del Ecuador, por ello, participó que en el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional, se lleva a cabo el proyecto de investigación: "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador".

Conocedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr. (a) Director (a) se autorice a ALEXANDRA ANTONIO CABEZAS egresado (a) de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para realizar la recolección de información dirigida a 30 funcionarios (15 médicos y 15 enfermeras) de la salud de la Institución que usted tan acertadamente dirige.

Es importante indicar que los datos recogidos serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, salvaguardando la identidad de los profesionales e instituciones participantes. Una vez obtenidos los resultados se entregará el respectivo informe a cada evaluado, certificado por psicólogos de esta institución calificados.

Seguro de contar con la favorable atención al presente, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,


Mg. Silvia Vaca Gallegos
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



28/11/2011

9.11.2011

CUESTIONARIOS APLICADOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE LOJA CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL (1)

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

Menciona la ciudad en la que trabaja actualmente _____

La zona en la que trabaja es: Urbana Rura

Etnia: Mestizo Blanco Indígena afro ecuatorian

Estado civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado
Unión Libre

Número de hijos: ____ P__

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semana Quincena Mensua

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD <input type="checkbox"/>	1001-2000 USD <input type="checkbox"/>	2001-3000 USD <input type="checkbox"/>
3001-4000 USD <input type="checkbox"/>	4001-5000 USD <input type="checkbox"/>	5001-6000 USD <input type="checkbox"/>

Datos Laborales

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

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

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

En cuantas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: Si No

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes Martes Miércoles

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

En el caso de realizar guardia indique el número de horas: _____ y cada cuantos días: _____

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

Ninguno 25% 25-50% 50-75% 75% o mas

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

Los tipos de paciente que atiende regularmente son (puede señalar más de una opción):

Oncológicos

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos

Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

Usted entiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Si No

¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?

No Si ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

¿Ha solicitado permiso(s) en la institución que labora durante el último año? Si No

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

La causa ha sido por: Capacitación Problemas de salud Situaciones Familiares

Otros ¿Cuáles? _____

¿Cuántos días ha estado de permiso en el último año? _____

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 por sus pacientes?				
¿Cuán valorado por los familiares de los pacientes?				
¿Cuán valorado por sus compañeros de profesión?				
¿Cuán valorado por los directivos la institución?				

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

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

CUESTIONARIO DE MBI (2)

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 u objeto en contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo a su nivel de satisfacción.

A cada casilla de las frases debe responder expresando la **frecuencia** con que tiene ese sentimiento, poniendo una x 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 los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi							
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 mis 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							

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

Cuestionario (GHQ-28) (3)

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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor que lo habitual 2. Igual que lo habitual 3. Peor que lo habitual 4. Mucho peor que lo habitual 	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual 	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>A3. ¿Se ha tenido agotamiento y sin fuerzas para nada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual 	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual 	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual 	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual 	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual

<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual 	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más activo que lo habitual 2. Igual que lo habitual 3. Bastante menos que lo habitual 4. Mucho menos que lo habitual 	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos tiempo que lo habitual 2. Igual que lo habitual 3. Más tiempo que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual 	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor que lo habitual 2. Aproximadamente lo mismo 3. Peor que lo habitual 4. Mucho peor que lo habitual 	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más satisfecho 2. Aproximadamente lo mismo 3. Peor que lo habitual 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual 	<p>D4. ¿Ha pensado e la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Claramente, no 2. Me parece que no 3. Se me ha pasado por la mente 4. Claramente lo he pensado
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más útil que lo habitual 2. Igual que lo habitual 3. Menos útil que lo habitual 4. Mucho menos que lo habitual 	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más que lo habitual 2. Igual que lo habitual 3. Menos que lo habitual 4. Mucho menos que lo habitual 	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto 2. No más de lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA
Cuestionario BRIEF-COPE (4)

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

1	2	3	4
No he estado haciendo esto en lo absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

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

24. He estado aprendiendo a vivir con ello	1	2	3	4
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	1	2	3	4
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron	1	2	3	4
27. He estado rezando o meditando	1	2	3	4
28. He estado burlándome de la situación	1	2	3	4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA
CUESTIONARIO DE AS (5)

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

18. Alguien que comprenda sus problemas					
19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA
CUESTIONARIO EPQR-A (6)

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 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 sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia hart/a (hasta la coronilla)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio está pasando 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. ¿Tiene a mantenerse callado/a (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorro 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?		

ANEXO.- CERTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE CADA PROFESIONAL INVESTIGADO.-

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

CERTIFICACIÓN

Yo,.....con cédula de identidad N°, certifico haber participado, completando los seis instrumentos, para el programa de investigación en "Identificación del burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador", en colaboración con la egresada Alexandra Andrade Cabezas, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Además autorizo que mis datos sean utilizados (conservando el anonimato de los mismos), para el desarrollo de la tesis de pregrado de la egresada y para el programa nacional de investigación de Psicología.

Atentamente;

Firma.....

No. de Teléfono:.....

Número del Registro del Ministerio de Salud Pública.....