



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Alberto Correa Cornejo- Yaruquí y en la Clínica de Especialidades Tumbaco, *provincia de Pichincha, en el año lectivo 2011-2012.*”

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Fiallos Mármol, María Angélica

Directora:

Pineda Cabrera, Nairobi Jackeline, Lic.

Centro Universitario: Tumbaco

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciada.

NairobiJackelinePineda Cabrera

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: ***“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Alberto Correa Cornejo- Yaruquí y en la Clínica de Especialidades Tumbaco, provincia de Pichincha, en el año lectivo 2011-2012”*** realizado por el profesional en formación: **Fiallos Mármol, María Angélica**; 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 del 2012

f)

Cl:.....

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Hna. María Angélica Fiallos Mármol declaro ser autor (a) 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”

.....
Hna. María Angélica Fiallos M.

C.I: 171664245-7

AUTORÍA

Las ideas y contenidos expuestos en el presente informe de investigación, son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

f.....

Hna. María Angélica Fiallos M.

Cl. 171664245-7

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento al Señor, Dador de todos los bienes,
por haberme dado la oportunidad de prepararme
en la rama de PSICOLOGIA
y de potenciar mis capacidades para el servicio
oportuno y eficaz en el acompañamiento al hermano,
en busca de bienestar corporal, psicológico y espiritual.

A mi querida Congregación,
que me ha dado
su tiempo y la posibilidad para estos
estudios de profundidad y de conocimiento del otro,
para que en forma recreada,
pueda hacer realidad el Carisma de mi Instituto:
de ADORAR, REPARAR Y SERVIR A CRISTO
necesitado de bienestar, de identidad y de salud.

DEDICATORIA

Dedico este modesto trabajo a quienes pueda servir
en mi camino de consagrada.

Deseo entrar en su santuario con mucha reverencia
y respeto para ofrecerles mi ayuda,
desde los conocimientos adquiridos
durante los estudios realizados,
y ser el instrumento de Dios para que alcancen
su propia identidad que libera
y nos lleva a potenciar la riqueza
de nuestra propia humanidad.

INDICE DE CONTENIDOS

Certificación	i
Acta de cesión	ii
Autoría	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
Índice de Contenidos	vi
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
PRTE I: MARCO TEÓRICO	
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	4
3.1.1 Definiciones del Burnout	4
3.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT	5
3.3 DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DEL BURNOUT	7
3.4 POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT	8
3.5.- FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	8
3.6.- CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT	9
3.6.1.-Características del burnout	9
3.6.2.- Causas del burnout	10
3.6.3.- Consecuencias del burnout	12
3.6.3.1.- Consecuencias para el trabajador	12
3.6.3.2.- Consecuencias para la organización	12
3.7.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	13
3.7.1.- Prevención del burnout	13
3.7.2.- Tratamiento del síndrome del burnout	13
3.8 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	14
3.8.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales	15
3.8.2. Variables de riesgo y protectoras	15
3.8.3. Motivación y satisfacción laboral	15
3.8.4. Investigaciones realizadas	16
3.9. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD	17
3.9.1 Definiciones de salud	18
3.9.2 Síntomas Somáticos	19
3.9.3 Ansiedad e Insomnio	19
3.9.4 Disfunción Social en la Actividad Diaria	21
3.9.5 Tipos de Depresión	22
3.9.6 Investigaciones Realizadas	22

3.10 EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO	25
3.10.1 Definición de afrontamiento	25
3.10.2 Teoría de afrontamiento.	26
3.10.3 Estrategias de afrontamiento	25
3.10.4 Investigaciones realizadas	27
3.11 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL	26
3.11.1 Definición de apoyo social	26
3.11.2 Modelos explicativos del burnout	28
3.11.3 Apoyo social percibido.	28
3.11.4 Apoyo social estructural	28
3.11.5 Investigaciones realizadas	28
3.12 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD	29
3.12.1 Definición de personalidad.	29
3.12.2 Tipos de personalidad	30
3.12.3 Patrones de conducta	31
3.12.4 Locus de control	32
3.12.5 Investigaciones realizadas	33
PARTE II: ESTUDIO EMPIRICO	
4. METODOLOGÍA	34
4.1 Diseño de la Investigación	34
4.1.1 OBJETIVOS	34
4.1.1.1 Objetivo general	34
4.1.1.2 Objetivos específicos	35
4.2. PARTICIPANTES	35
4.3. INSTRUMENTOS	35
4.4. RECOLECCIÓN DE DATOS	38
4.5. ANÁLISIS DE DATOS	39
5. RESULTADOS	40
6. DISCUSIÓN	59
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
8. BIBLIOGRAFÍA	71
9. ANEXOS	79

1. RESUMEN

El objetivo es Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Hospital “Alberto Correa Cornejo” de Yaruquí y la Clínica de Especialidades Tumbaco. La investigación se realizó con una muestra de 19 médicos y 15 enfermeras. Para la recolección de la información se utilizó los cuestionarios: Sociodemográfico y laboral, MaslachBurnoutInventory, de Salud Mental (GHC28), Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE),MOS de apoyo social y Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A. Se encontró a 1 médico y 1 enfermera con burnout; el 22% de médicos y el 28% de enfermeras presentaron niveles alto y medio de agotamiento emocional. El 33% de médicos presentan síntomas somáticos, y el 50% ansiedad. En las enfermeras 21% presenta síntomas somáticos, ansiedad y depresión El tipo de afrontamiento más utilizado tanto en médicos como en enfermeras ha sido el afrontamiento activo; el apoyo afectivo (amor y cariño) fue muy significativo para ambos casos; y, el rasgo de personalidad superior, la extroversión y en el nivel inferior, la sinceridad.

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout (quemarse en el trabajo) obedece a un estudio investigativo referente a los riesgos laborales de carácter psicosocial. Pues ocupa una de las principales causas de enfermedad laboral, absentismo.

Así por ejemplo en Estados Unidos, el costo estimado del estrés ocupacional es de ciento cincuenta billones de dólares al año, (según investigaciones de Wright y Smye, 1966). En cambio en Reino Unido asciende a 10% cada año del producto interno bruto. En un Hospital de México, luego de un estudio realizado con médicos especialistas, se encontró una prevalencia del síndrome de burnout del 51,3%, es decir un poco más de la mitad de los profesionales tenía al menos una de las tres dimensiones quemadas. Aranda, C. et al. (2010). En nuestro país son muy pocos los estudios que se han realizado acerca del burnout y de manera especial en el ámbito de la salud; siendo así que en vista de la importancia que tiene el estudio y avance de la ciencia y la tecnología, la Universidad Técnica Particular de Loja ha tomado la delantera en realizar estos estudios de vital importancia para la humanidad y la sociedad.

Los objetivos de esta investigación son, por una parte comparar identificar la prevalencia de burnout; determinar los factores que están relacionados con este fenómeno, sean estos Sociodemográficos, laborales, de salud, apoyo social, además conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud e identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el burnout.

Para el logro de estos objetivos se realizó un estudio comparativo, descriptivo-correlacional, transeccional y no experimental en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" de Yaruquí y la "Clínica de Especialidades Tumbaco" con una población de 34 profesionales de la salud, de los cuales, 19 son médicos y 15 son enfermeras. La recolección de la información se realizó a través del Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHC28), La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social y Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A, los cuales están diseñados para ser aplicados en profesionales de la salud. Esta aplicación y recolección de datos se realizó en los meses de enero a marzo del presente año.

En esta investigación se logró identificar un alto nivel de agotamiento emocional en los profesionales de la salud, síntomas somáticos y ansiedad; además se conoció que los tipos de afrontamiento que utilizan son en su mayoría de carácter activo con una red de apoyo social significativa, identificamos también algunos rasgos de personalidad en los profesionales encuestados.

Finalmente este informe recoge una revisión bibliográfica de diversas fuentes explicando el síndrome de burnout desde diferentes perspectivas, se detalla la metodología utilizada en esta investigación; los resultados están presentados en tablas y gráficas tanto para la muestra médicos como para las enfermeras; la discusión se realizó en base a los objetivos planteados, las investigaciones realizadas y los resultados obtenidos en el estudio de campo, terminando con las conclusiones y recomendaciones a nivel personal e institucional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT.

3.1.1.- DEFINICIONES DEL BURNOUT.

Para varias personas es novedoso hablar de Burnout, sin embargo, es importante decir que dicha terminología fue introducida por el psiquiatra Freudenberger (1974), quien trabaja en una clínica para tratar toxicómanos en Nueva York, para referirse a las diferentes situaciones laborales que ocasionan en una persona “quemarse en el trabajo”.

Si retomamos las palabras de Aranda (2006), podemos definir a la palabra burnout, como un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión en el trabajo.

En cambio la literatura ofrece alrededor de diecisiete definiciones del término, tales como: “quemarse en el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del estrés laboral asistencial” “síndrome del desgaste profesional” “estar quemado en el trabajo”. (Boada, Vallejo & Agulló, 2004; Ortega & Francisca, 2004; Gil-Monte, 2005).

El síndrome de burnout presenta varias definiciones para indicar el cansancio a la quemazón que sienten varias personas en los lugares de trabajo, inclusive el DSM IV aunque no lo ha reconocido dentro de la clasificación internacional de las enfermedades bajo el código z 73.0, pero dentro de su apartado asociado a problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida.

Maslach, (1982) frente a un congreso (American Psychological Association) define el burnout como: “respuesta al estrés crónico” considerando como dimensiones de análisis: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, que ocurría entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes. (Moriana y Herruzo, 2004).

3.2.- MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.

Dentro de los modelos explicativos del Burnout citados podemos citar a los principales:

3.2.1.-Modelo de B.M. Byrne (1999).- La autora realiza una investigación en Canadá mediante el estudio de 1242 profesores de Educación Infantil y 1479 profesores de la sección secundaria; en cuya investigación determina factores involucrados con el síndrome de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Dentro de las variables más destacadas que determinó la autora de la presente investigación se encuentran: “la ambigüedad y el conflicto de rol, la sobrecarga laboral, el clima de clase y la autoestima”

3.2.2.-Modelo de Kyriacou y Sutcliffe (1978).- Dentro del presente modelo. Los autores asocian al cansancio laboral, mediante un estudio con varios docentes especialmente al estrés que ocasiona la descompensación entre la valoración y las estrategias que emplea en sus horas laborables. Manifiestan mediante sus estudios que durante el proceso de trabajo de los profesores mantienen factores personales, organizacionales y laborales, que son definitivos a la hora de establecer un cansancio o producir niveles de estrés.

Dicho estrés principalmente Kyriacou (1978) le asocia con niveles de ansiedad, provocando inclusive factores psicosomáticos que afectan a los docentes producto de su investigación.

A partir de éstos estudios es el investigador Rudow (1999), quien retoma haciendo una investigación modelo, donde determina que existen aspectos fisiológicos, bioquímicos e inmunológicos con el burnout, estableciendo un nuevo modelo, al cual le denominó: “Modelo de reacciones negativas de tensión y consecuencias en la actividad docente”

3.2.3.-Modelo de LeithwoodMenzies, Jantzi y Leihwood (1999).- El modelo que presentan los tres autores tiene una sustentación empírica, mediante el estudio a 18 docentes; donde evidenciaron que existen tres conceptos relacionados: las transformaciones en la escuela, las decisiones de los administradores y los jefes de las instituciones educativas y los factores organizaciones y personales; quienes son factores que inciden directamente en el burnout.

3.2.4.-Modelo Maslach y Leiter (1999).- Es un modelo de carácter científico, que ha sido acogido durante los 20 últimos años, debido a los procedimientos realizados para la investigación; con lo cual pudieron establecer que el Burnout es “concebido como una experiencia individual y crónica de estrés con el contexto social”. Los mismos que determinan a través de sus estudios que existen tres componentes para que se posibilite la experiencia mencionada:

- a) La experiencia del estrés.
- b) La evaluación de los otros.
- c) La evaluación de uno mismo.

Debido a que la investigación proporcionada brinda la oportunidad de concebir a la persona que labora dentro de una institución desde puntos de vista distintos, se muestra más eficiente y eficaz en los resultados obtenidos. (Moriana, J. y Herruzo, J., 2004). Por lo que es importante a través de los resultados obtenidos, determinar con claridad la efectividad en el trabajo, su manera de sentir, pensar y actuar de cada individuo en relación a las funciones que está desempeñando en el aspecto laboral.

3.3.- DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DEL BURNOUT.

Como hemos manifestado en las definiciones propuestas por varios investigadores, podemos aclarar que dicha terminología, tiene un origen histórico. Por primera vez fue descrito por Bradley (1969). Como metáfora de un fenómeno psicosocial presentes en oficiales de policías de libertad condicional, donde utilizó el término: “staffburnout”, posteriormente fue “el psicólogo estadounidense Freudenberg (1974), mediante un estudio de campo al personal sanitario; quien utilizó con mayor frecuencia dicho término y referirse a los estados físicos y psicológicos que tanto él, como sus colegas sufrían al trabajar con una gran cantidad de jóvenes drogadictos”. (Gold, Yvonne; Roth, Robert 1993). Si bien es cierto todo trabajo presenta sus riesgos, sin embargo, el trabajo que demanda el desgaste de laborar conjuntamente con otras personas, hablemos de médicos, psicólogos, profesores, rehabilitadores, trabajadores sociales; entre otros, presentan un mayor desgaste físico y psicológico; debido a que la presencia física y espiritual frente a frente con otros individuos, potencializa varias emociones.

3.4.- POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT.

Según los estudios determinados por los investigadores, se ha determinado que existe una población de mayor riesgo, la misma que corresponde a distintos profesionales que laboran en relaciones interpersonales intensas, donde existen interrelaciones humanas (trabajador-cliente). Dichos trabajadores pueden ser considerados como excelentes, eficientes y eficaces, a través de un desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo y con unas ganas intensas de cumplir ciertas metas y expectativas altas. Es ahí donde se desarrolla el Burnout, como consecuencia al estrés provocado por dichos niveles de autorregulación de su trabajo laboral.

Por lo que podemos citar varias profesiones que cumplen con ciertos parámetros donde se evidencie el burnout; entre las que tenemos: médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares y consejeros matrimoniales así como también el personal administrativo de las diferentes instituciones. (Avendaño, C.; Bustos, P.; Espinoza, P.; García, F.; Pierart, T. (2009)..).

3.5.- FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Las etapas por las que atraviesa el profesional hasta llegar al burnout según Edelwich y Brodsky, (1980) son:

a.- Etapa de entusiasmo.- El trabajador tiene motivos suficientes para superar los obstáculos presentados en su función laboral, se encuentra estimulado y presenta grandes aspiraciones a nivel personal.

b.- Etapa de estancamiento.- A pesar de que existe el esfuerzo suficiente por parte del trabajador, se comienza a sentir que no se están cumpliendo las expectativas u objetivos trazados, donde se evidencian que ciertos obstáculos se muestran difíciles de resolver.

c.- Etapa de frustración.- Dentro de la presente etapa, los trabajadores sienten una desmotivación hacia los objetivos que no han conseguido, donde se tornan difíciles y se manifiestan diferentes problemas emocionales producto de esa desmotivación. Comienzan aparecer problemas físicos y conductuales.

d.-Etapa de apatía.- Cuando el trabajador no ha conseguido los objetivos dentro de su función y se muestra con ciertos cambios a nivel conductual y físico, empieza a sentir una resignación y podríamos manifestar aparentemente que le da igual “pase lo que pase”, sin embargo puede manifestar un aparente quemeimportismo, que a la corta o a la larga, producirá malestar dentro de su propio funcionamiento laboral y en el entorno.

e.- Etapa de burnout.- Dentro de esta etapa, el trabajador manifiesta una imposibilidad física y psicológica de seguir adelante, donde mantiene una apatía y se evidencia con fuerza la siguiente sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Cabe destacar que dentro de la presente etapa más de un compañero de su trabajo tiende a darse cuenta de lo que está sucediendo.

Cherniss (1980), manifiesta que el estrés laboral es la base óptima para desarrollo del burnout, que atraviesa por un proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, y distingue tres fases:

1.- Fase de estrés.- Que se caracteriza por un desajuste entre demandas laborales y los recursos del trabajador. En muchas ocasiones se brinda ciertas exigencias al trabajador, donde no las puede cumplir, debido a la carencia de varios recursos, hablemos por ejemplo de factores como (plazos cortos, falta de materiales, entrega de documentaciones extremadamente grandes, atención a varios clientes).

2. -Fase de agotamiento.- La fase de agotamiento obedece a sintomatología que se evidencia, donde se puede observar preocupación, tensión, ansiedad y fatiga. Cuantas personas se encuentran en un estado de agotamiento laboral, donde en ciertas ocasiones manifiestan y expresan su malestar, en cambio otras se mantienen en silencio.

3.- Fase de agotamiento defensivo.- Durante la presente etapa se evidencian “cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización y el cinismo” (Mansilla, F. s.f)

3.6.- CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT.

3.6.1.-CARACTERÍSTICAS DEL BURNOUT.- El síndrome de Burnout tiene características especialmente relacionadas con el estrés conjuntamente a molestias o síntomas de desgaste físico.

Entre las principales características de carácter físico encontramos al insomnio, dolor de cabeza, mareos, dolores musculares o alteraciones de pigmentación de la piel, trastornos respiratorios, circulatorios y digestivos, también se puede presentar variaciones en el peso de la persona.

Se ha determinado que en gran medida, existen personas que al tener la sintomatología del burnout, manifiestan estar cansados, desde que se levantan, lo que antes le parecía interesante en el trabajo, hoy no lo es, por lo que se puede determinar como "abulia laboral". (Betta Juan C.,1984).

Otra importante característica que se presenta en éste síndrome es la agitación mental, es decir la persona se siente incapaz de cumplir con ciertos objetivos propuestos en su trabajo y manifiesta alteraciones que le impiden cumplir con dicho objetivo, no se centra en las actividades que le llevará a una eficiencia y eficacia laboral.

El estrés que manifiesta la persona es percibida por sus compañeros de trabajo, a principio puede ser notoria en un mínimo porcentaje, sin embargo con mayor frecuencia se brinda observaciones correspondientes a una aparente: sensibilidad, depresión e insatisfacción. Dentro de las conversaciones con una determinada persona que atraviesa burnout, podemos encontrar emociones confusas y malhumoradas en relación a su trabajo e incluso a su vida personal.

Según el artículo publicado en la revista Salud & Familia determina que las mujeres, en su gran mayoría, son las que presentan éste síndrome con mayor frecuencia, esto puede deberse a factores culturales y educativos. También se puede evidenciar en estudiantes que empiezan a manifestar ciertas características que corresponden a la sintomatología presentada en los párrafos anteriores, por lo que es importante hacer procesos de oxigenación a nivel laboral y educativo.

3.6.2.- CAUSAS DEL BURNOUT.-

Dentro de las principales causas que ocasionan la sintomatología del burnout, se encuentran los factores condicionantes del trabajo, con lo cual genera estrés. Así por ejemplo las citas en intervalos fijos, los acuerdos establecidos con las autoridades, las entregas de informes, las visitas médicas, los plazos para terapias; entre otros ejemplos que ocasionan ciertos niveles de ansiedad en función de la actividad laboral.(Pérez, 2000).

Es importante manifestar que dichas causas pueden generar un síndrome de larga duración y alta intensidad, por lo que es aconsejable manejar ciertos parámetros de prevención, de ahí la importancia de generar un ambiente propicio dentro del ambiente de trabajo, donde se cumplan las metas propuestas, pero al mismo tiempo se despierte los motivos del empleado o profesional en la actividad que desempeña. (Pérez, 2000).

Existen determinados factores que propician el burnout:

- **La naturaleza de la tarea.** Existen actividades laborales, donde presentan una responsabilidad altísima y que generan niveles de ansiedad y estrés; hablemos por ejemplo de un médico cirujano; donde tiene que realizar cierta cirugía y que depende de su experticia para conservar la vida del paciente o también podemos brindar como ejemplo de un psicólogo que necesita realizar un tratamiento específico para disminuir los niveles de agresividad en determinado infante; con lo cual su naturaleza profesional hace que se generen motivos para el síndrome de burnout.
- **La variable organizacional e institucional.** Dentro de las variables organizacionales que determinan factores relacionados con el síndrome de burnout, se encuentran principalmente:
 - **La falta de tiempo.-** Cuantas personas no terminan su trabajo dentro del horario establecido por lo que tienen que llevarse múltiples tareas a su casa, para continuar con el objetivo a cumplir, es ahí donde se generan también síntomas correspondientes al burnout.
 - **La falta de previsión en las suplencias.-** Cuando una persona falta en el trabajo, la organización institucional trata de cubrir su inasistencia mediante

reemplazo, lo que genera en determinados trabajadores una acumulación de actividad y en varios casos descuidan su propia función.

- **El exceso de burocratización.-** La presente variable se manifiesta especialmente cuando existen trabajadores que no se han preparado eficientemente para determinada función, hablemos por ejemplo de ubicar a un profesor que no tiene conocimientos de didáctica y pedagogía; para esta persona será un doble esfuerzo; ya que no cuenta con las herramientas necesarias para la función a la que ha sido contratado.

- **La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social).-** La mayoría de personas dentro del campo laboral, quiere obtener prestigio y ser reconocido por las funciones que viene desempeñando; para lograrlo debe competir con sus colegas o demás funcionarios y alcanzar ciertas metas que le permitirán determinado reconocimiento. Muchas personas manifiestan estar en competencia consigo mismas, doblegando sus esfuerzos en búsqueda de su reconocimiento lo que genera sintomatología de burnout, cuando no se sabe controlar en la competencia. (Pérez, 2000).

- **La variable individual (características del profesional como su edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad).** Según el especialista del Servicio psiquiátrico de Burgos, manifiesta que “aquellas personas con más confianza en sí mismas, en sus capacidades y cualidades, suelen ser más enérgicas, activas, responsables y resistentes Kobassa (1982), mientras que las que son más conformistas, más sugestionables, inseguras y dependientes son más proclives a presentar ansiedad o depresión, ante las situaciones estresantes”.

A partir de lo que se manifiesta por el especialista, podemos decir que todas las personas mantenemos niveles de estrés debido a varios factores y es en el trabajo uno de los lugares propicios para generar niveles de mayor jerarquía relacionados con dicho aspecto; sin embargo dependiendo de la manera como enfrentemos y de la inteligencia emocional que se aplique, se podrá ir mermando dichos acontecimientos y posibilitar un ambiente laboral satisfactorio.

3.6.3.- CONSECUENCIAS DEL BURNOUT.-

En los estudios realizados, manifiestan que existen consecuencias tanto para el trabajador, como para la empresa relacionadas a la presencia del burnout.

3.6.3.1.- Consecuencias para el trabajador.-Cherniss, (1980) y Maslach, (1982), consideran como síntomas tanto para el trabajador como consecuencias del burnout, y los agruparon en: físicos, emocionales y conductuales.

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

3.6.3.1.2.-Síntomas emocionales.- Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alienación, Predomina el agotamiento emocional, lo que le lleva a la persona a desear abandonar el trabajo e incluso a ideas suicidas.

3.6.3.1.3.-Síntomas conductuales.-Conducta despersonalizada en relación con el cliente, absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, agresividad, aislamiento, negación irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos). (INSHT, 2006).

3.6.3.2.- Consecuencias para la organización.- Cuando se evidencia la presencia del síndrome de burnout, en el aspecto personal de un trabajador, por ende la institución también sufre consecuencias tales como: se debilitan las relaciones interpersonales; es decir la comunicación se muestra pasiva en algunos casos o agresiva en otros, sin llegar a una comunicación asertiva; como debería ser. La calidad de trabajo disminuye y los rendimientos no son los esperados. Surgen sentimientos como la indiferencia o la desesperación por el trabajo; por lo que se establecen absentismos, desmotivaciones y deseos de abandono, generando en las instituciones un déficit en la atención a los clientes y a sus resultados. (INSHT, 2001b).

3.7.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

3.7.1.- PREVENCIÓN DEL BURNOUT.-

Luego de haber estudiado las causas y consecuencias de lo que genera el burnout, dentro de cada persona como en las organizaciones; es importante hacer un proceso de prevención con el propósito de evitar cierta sintomatología; con lo cual se establecen los siguientes criterios; los mismos que pueden ayudar en gran medida a combatir dicho síndrome:

- El proceso de selección del personal debe ser analizado de manera sistemática, donde se evidencien los talentos, las fortalezas y las debilidades de cada uno de los integrantes de la organización; capaz de que se les pueda ubicar en lo que son más aptos y su trabajo genere acciones proactivas y resultados a corto, mediano y largo plazo.
- La evaluación laboral debe ser permanente, que no se limite a visualizar falencias que desencadenen en la pérdida del trabajo, sino como la posibilidad de brindar herramientas y estrategias para mejorar la participación laboral.
- Es importante determinar con claridad eventos de perfeccionamiento profesional y al mismo tiempo perfeccionamiento personal; donde podamos encontrar cierta homeostasis en las demandas laborales y de crecimiento humano; con lo cual de establezcan acciones para mejorar el liderazgo, la autoestima y la toma de decisiones.
- Muchas empresas e instituciones han realizado como hábito laboral acciones encaminadas a buscar el bienestar personal; donde se realicen aprendizajes de yoga, desensibilización sistemática, bailo terapia, aroma terapia; entre otros elementos, que permitan sacar cierta energía estresante y poder tomar nuevas energías para continuar con las actividades laborales. (Universia, Monografías España).

3.7.2.- TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL BURNOUT.- Dentro de las principales formas de tratamiento que se presenta al síndrome de burnout tenemos:

- **Apoyo Social.-** En la mayoría de ocasiones quien sufre del síndrome de burnout, no se percata de lo que le está sucediendo y son sus compañeros de trabajo, los que comienzan a darse cuenta de ciertas características de cambio a nivel: físico, emocional y conductual; por lo que se debe tener una actitud empática frente a las críticas productivas y generar un ambiente de cambio a ciertos llamados de atención. Por lo que debemos mantener buenas relaciones interpersonales entre quienes conforman una institución de trabajo.
- **Apoyo Profesional.-** Cuando las empresas e instituciones laborales, se dieron cuenta de las consecuencias tanto a nivel personal como institucional, en función de lo que acarrea el síndrome del burnout; también tuvieron en cuenta el trabajo con profesionales que puedan aplicar ciertas técnicas que le permitan mejorar el crecimiento tanto individual como grupal de sus integrantes; es así que se han aplicado diferentes técnicas y terapias para brindar el tratamiento a determinado síndrome. A continuación señalo las principales según (Ramos, 1999): terapia cognitiva conductual, terapia de reestructuración cognitiva, terapia centrada en el cliente, técnicas de relajación, terapia racional emotiva, terapia de ensayo conductual, psicodramas, ejercicios de taichí y gimnasia cerebral. (Martínez, A. 2010).

Como bien podemos darnos cuenta el principal modulador del burnout es el apoyo que recibe la persona tanto en el nivel emocional, afectivo y de las redes sociales que este posee.

3.8 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

3.8.1 BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

Uno de los estudios más significativos para determinar la relación de las variables sociodemográficas y laborales con el síndrome de burnout es la que se realizó con 197 médicos familiares en la ciudad de Jalisco, México, donde ochenta y dos de ellos manifestaron a través de una encuesta que estaban desarrollando el burnout por factores sociodemográficos y laborales; los resultados arrojados en dicha investigación

determinaron que el 47 % de la población manifestaba repercusiones en la salud. En los datos estadísticos se evidenciaron un elevado porcentaje que estaba asociado con los siguientes factores: Ser mujer, tener más de 14 años en el puesto actual y más de 16 años de trabajo en la institución. (Aranda Beltran, C. s.f.).

Sin embargo dicha investigación no significa que personas de sexo masculino o que tengan menor tiempo de trabajo en una institución, no generen cierta patología relacionada con el síndrome de burnout, por lo que la estadística servirá únicamente como datos a tener en cuenta.

3.8.2. VARIABLES DE RIESGO Y PROTECTORAS.

La organización Mundial de la Salud define al síndrome de burnout como: “riesgo laboral”, con lo cual causa deterioro en la salud mental del trabajador, generando un sin número de síntomas a nivel físico, emocional y psicológico. Dicho síndrome se define como una respuesta al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral.

La mayor incidencia de profesionales que presentan dicho síndrome, son aquellos que tiene que ver con el área de la salud y en general con aquellos profesionales que laboran en una situación de servicio y que se encuentran en contacto directo con personas que se encuentran en situación de dependencia o necesidad.

Uno de los principales factores de riesgo para que se posibilite cierta sintomatología obedece a los procesos relacionados con la misma organización de cada institución; así por ejemplo; carga de trabajo, falta de recompensas hacia el trabajador por los logros alcanzados, determinaciones injustas dentro del aspecto laboral y económico, pérdida de la sinergia dentro del ambiente laboral.

3.8.3.- MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL.

Dentro de la etimología, es importante iniciar manifestando que la palabra motivación proviene de los términos latinos motus (movido) y motio (movimiento). A partir de aquello, se han brindado algunas definiciones para aclarar su concepto; así por ejemplo para la psicología y la filosofía, la motivación constituye en aquellos aspectos que impulsan a una persona a realizar determinadas acciones y a persistir en ellas hasta el cumplimiento de sus objetivos. El concepto también se encuentra vinculado hacia la voluntad y al interés. (Gálvez, N. 2009).

Maslow (1943) define a la motivación como la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, mediante procesos de desarrollo, hasta alcanzar y cumplir con los deseos más elevados.

Si asociamos la pirámide de Maslow (1943) con la satisfacción laboral, podemos manifestar que muchas personas trabajan para cubrir sus necesidades básicas tanto fisiológicas como las de seguridad; otras en cambio superan ciertas necesidades hasta alcanzar aflicción, reconocimiento y autorrealización. Por tanto es importante para alcanzar dicha satisfacción laboral estar inmerso en un proceso de perfeccionamiento permanente; donde se incluya la parte axiológica como un elemento inconmensurable a la hora de establecer las funciones laborales, la seguridad y la confianza al realizar determinadas acciones en el trabajo, posibilitando así, mejorar los motivos intrínsecos y un mayor desenvolvimiento.

3.8.4.- INVESTIGACIONES REALIZADAS.

Maslach (1976), utilizó un cuestionario para diagnosticar el síndrome, y es a partir de este estudio que se iniciaron otras investigaciones, las mismas que tuvieron su aplicación en áreas de salud en Estados Unidos y Europa. Se establecieron dichos factores especialmente en el área de la salud. Un caso específico de investigación se realizó en la ciudad de Mexicali, B,C, México, mediante el método de Estudio de casos y controles. El grupo de casos estaba constituido por los sujetos que presentaron el Síndrome de burnout y el grupo control por los que no presentaron.

Los resultados obtenidos en relación con la sobrecarga de trabajo, se refieren al factor organizacional viciado que más afecta a la población que presenta el síndrome, en relación con los conflictos con los valores, que resultó ser significativa, coincide con lo reportado por Maslach; este fenómeno ocurre cuando no hay correlación entre la demanda del trabajo y los principios morales, que el estudio mostró tener un factor protector, es decir la actitud que asumen las personas para tratar de protegerse contra el agotamiento y la decepción, y que se traduce en cinismo.

Se puede concluir que a medida que el médico goce de buena salud tanto mental como física, será posible brindar una atención de calidad, además se necesita el conocimiento de las organizaciones de salud, en relación con este síndrome, ya que de no tenerlo, contribuye a que cuando se presente no se le diagnostique

oportunamente. Los signos y síntomas del síndrome de “Burnout” pueden ser confusos en los médicos con falta de motivación para el trabajo, y por ende se les puede calificar como perezosos, irresponsables y conflictivos, cuando en realidad están enfermos y necesitan un apoyo. El desconocimiento del síndrome por parte de los médicos y de los directivos de las organizaciones de salud, dificulta el contar con apoyo para continuar con estas investigaciones. (Salud Ment, 2005).

3.9. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD.

Varias monografías entre las cuales se puede mencionar las realizadas por Maslach y Pines (1977), sustentan su fundamento científico en el estudio del síndrome de burnout, especialmente en trabajadores en lo concerniente al área de la salud, involucrando en su estudio a médicos, cuyo objetivo era el análisis del estado emocional y las reacciones de sus clientes; encontrando la presencia de cansancio emocional y la despersonalización, en una primera instancia.

Posteriormente el mismo brindan sus trabajos de manera tridimensional, donde se involucra: “La falta de realización personal, la carga emocional y la tensión que conduce al agotamiento del sujeto” (Maslach y Jackson, 1981).

Partiendo de dichos estudios podemos relacionar que los trabajadores de la salud, se encuentran en un verdadero proceso por superar las consecuencias del síndrome de burnout, por ejemplo cuando determinamos a la falta de realización personal, es necesario manifestar que el avance de la ciencia y la tecnología es muy acelerado, y en el campo de la medicina no es la excepción, por lo que se necesita un seguimiento en el perfeccionamiento profesional, causando en muchos de los casos, el denominado estrés laboral; con lo cual tiende a repercutir en el aspecto emocional, descuidando factores inherentes al propio desarrollo personal y familiar.

Cuando estudiamos el área emocional entendiéndose a ésta como la manera de pensar, sentir y actuar, podemos manifestar que existe un desequilibrio en las emociones, que en ocasiones se muestran de alta intensidad y de larga duración (Párraga, J. 2005); en lo que demanda la atención en un solo día a varios clientes o pacientes; por lo que deben estar con una actitud positiva y en la mayoría de casos los problemas por los que atraviesan los profesionales de la salud, deben dejar guardados internamente. De ahí la importancia de generar espacios para que puedan entrar en procesos de catarsis emocional y puedan manifestar sentimientos, los mismos que

deben ser propiciados por las autoridades de las instituciones a través de guías de expertos para este fin.

3.9.1.- DEFINICIONES DE SALUD.

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, el concepto de salud trasciende a la ausencia de enfermedades y afecciones.

Otra de las definiciones que le proporcionan al término de salud, es aquella que hace referencia a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo en relación con factores biológicos, ambientales, socioculturales y simbólicos. Canguilhem (1982), define a la salud como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso cuando uno de los factores cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse inflexible, lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. (Orozco, 2006).

Mushkin (1962) y Grossman (1972) consideran a la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posición implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales, sociales y espirituales; proponen dentro de su definición una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión. (Orozco, 2006).

Clásicamente la salud ha sido definida en contraposición con la enfermedad, para indicar que es un estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones.

René Dubos (1956), expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como emocional. "Salud es un estado físico y mental razonable, libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente que por elección está ubicado"(Orozco, 2006)

Una definición que abarca varias propuestas manifestadas con varios autores, es aquella que se propone en el Xe Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana (1976): " La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa", es decir que engloba aspectos relevantes como la forma de convivir de manera más independiente, cumpliendo responsabilidades frente a sí mismo y a la comunidad; es

decir la armonía que debe existir dentro de la integridad física, emocional y espiritual. (Orozco, 2006).

3.9.2.-SÍNTOMAS SOMÁTICOS.

Es importante hacer hincapié en varias sintomatologías de carácter somático que se puede evidenciar a través de estudios como consecuencia del síndrome de burnout. Entre los principales síntomas somáticos que se manifiestan podrían estar: fatiga crónica, las cefaleas, los dolores musculares, especialmente los dorsales, los problemas de pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas de sueño, úlceras y problemas gastrointestinales. (Álvarez, G. y Fernández, R. 1991)

En la evaluación realizada por Melamed, Kushnir, y Shirom (1992), determinaron que existen ciertos riesgos cardiovasculares, donde varios pacientes al presentar agotamiento laboral, presentaban también alteraciones cardiovasculares, así por ejemplo varios de ellos manifestaban hipertensión cardiovascular, a través de las evaluaciones médicas aplicadas. Dentro de mi criterio personal, es importante mantener una homeostasis dentro del aspecto laboral, donde se puedan liberar varias emociones que están obstaculizando un buen desempeño, para lo cual es importante la intervención oportuna y profesional de personas que faciliten dicho proceso.

3.9.3.-ANSIEDAD E INSOMNIO.

Si tenemos en cuenta la definición de ansiedad tomado del DSM-IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), donde se manifiesta que es una reacción al miedo; la misma que puede mantener niveles o grados como: leve, moderada y severa; según el estímulo recibido y los procesos de afrontamiento frente al trabajo, determinan en gran magnitud que el ser humano, manifieste ciertos niveles de ansiedad en relación a sus funciones. Se convierte en más notorio, cuando su trabajo, demanda la interrelación con demás seres humanos; donde la percepción del cliente o paciente dependerá del nivel de atención que brinde cada profesional de turno.

Cuando existe inseguridad laboral por diferentes causas, la situación de los niveles ansiosos se muestra con mayor evidencia; por lo que es de vital importancia mantener un equilibrio frente al trabajo desempeñado. Nuestro sistema límbico encargado de

controlar muchas emociones que se perciben en el individuo, permite buscar una homeostasis frente a los niveles de ansiedad; así por ejemplo; cuando nos enfrentamos a una situación de riesgo, el cuerpo genera varios comportamientos fisiológicos; los mismo que pueden brindar respuestas a varias situaciones de peligro, sudoración, taquicardia, palpitaciones, apretamiento en el estómago, falta de aire, dolores de cabeza (cefaleas), permiten alcanzar la homeostasis esperada.

Sin embargo cuando los niveles de ansiedad son severos y profundos, se necesita la intervención de un especialista para poder ayudar a cada persona a disminuir cierta sintomatología. Si tenemos en cuenta que el síndrome de burnout, obedece al agotamiento laboral; debemos preguntarnos si muchos síntomas son provocados por la ansiedad frente al peligro como puede ser: no rendir adecuadamente en el trabajo, estar con funciones laborales distintas a las que sean acordes al perfil profesional, la rutina laboral, los miembros pertenecientes a la organización como manifiestan su presión laboral; entre otros aspectos que impiden un adecuado proceso profesional especialmente en lo relacionado al trabajo.

De ahí la importancia que puede generar cierto tipo de actividades, donde los profesionales puedan trabajar en su propio cuerpo y también de manera grupal; para retomar energías y eliminar síntomas ansiosos; bajo directrices profesionales. La musicoterapia, los ejercicios de Programación Neurolingüística, los ejercicios de Taichí y relajación, son pertinentes para lograr una mayor funcionalidad en las actividades laborales.

Acompañado a la ansiedad, puede presentarse una sintomatología denominada insomnio, la misma que se caracteriza por un trastorno del sueño; publicado en el CIE-10 (Manual Diagnóstico) (F51.0;G 47,0). El insomnio tiene varias formas, las mismas que describimos a continuación:

- Dificultad para conciliar el sueño al acostarse (insomnio inicial, el más común de los tres).
- Despertarse frecuentemente durante la noche (insomnio intermedio).
- Despertarse muy temprano por la mañana, antes de lo planeado (insomnio terminal)

Los especialistas manifiestan que la falta de sueño, inclusive está vinculada con la presencia de ciertas enfermedades crónicas (hablemos por ejemplo de la diabetes, cefaleas, alteraciones de la presión arterial; entre otras). Por lo que es importante

establecer parámetros y medidas preventivas frente a los trastornos del sueño, cuando se está laborando; debido a que muchas personas que al tener la sintomatología del insomnio no podrán cumplir las expectativas a nivel personal ni institucional referente a los requerimientos profesionales.

Entre las principales causas del insomnio tenemos: situaciones generadoras de estrés temporal o crónico, debido a problemas y preocupaciones laborales; con lo cual nos permite hacer reflexiones frente al síndrome de burnout; donde las personas que atraviesan por dicho trastorno pueden sentirse con agotamiento dentro de las horas de trabajo, se muestra evidente cuando tiene que actuar frente a otros miembros y que su profesión u ocupación demanda la interrelación personalizada.

3.9.4.-DISFUNCIÓN SOCIAL EN LA ACTIVIDAD DIARIA.

Los síntomas psicosomáticos, la ansiedad-insomnio, la disfunción social en la actividad diaria y la depresión son características que identifican el estado de salud mental de los sujetos que se encuentran inmersos en instituciones donde el nivel de exigencia es mucho mayor al apoyo que estas brindan a sus empleados. (Barraza, et al. 2009).

Dicha disfunción causa daños en la personalidad del individuo. Einstein (1970), utiliza el término “comorbidad” para hacer referencia a todo trastorno adicional en pacientes con una enfermedad diagnosticada o a la presencia de más de un trastorno en una persona durante un cierto periodo de tiempo. Si analizamos desde el punto de vista del síndrome de burnout o agotamiento laboral; nos podemos preguntar ¿Cuántas personas llevan una determinada sintomatología por un periodo extenso, frente a las exigencias laborales? ¿Cuántas personas han cambiado su forma de sentir, pensar y actuar, frente a su contexto social? ¿Por qué razones los profesionales, cambian su carácter o se comportan de diferente manera con sus amigos y familiares? Atrás de estas preguntas puede existir una patología cuyo origen desencadena en la parte laboral.

Estudios frente a dicho fenómeno posibilitan resultados que están relacionados con características sociodemográficas, donde se establecen parámetros en función de la edad, la ocupación laboral y el nivel de estudios.

3.9.5.- TIPOS DE DEPRESIÓN.

La depresión al ser un trastorno afectivo que oscila entre simples y normales bajadas de estado de ánimo hasta un síndrome clínico grave, puede traer consigo consecuencias negativas en la calidad de vida de los seres humanos.

El Centro de Bienestar y Psicoterapia CBP PSICÓLOGOS; han clasificado a la depresión en tres tipos:

3.9.5.1.-Trastorno depresivo Mayor.-“Se manifiesta por una combinación de los síntomas de la depresión que interfieren en la vida cotidiana; estados de ánimo deprimidos la mayor parte del día, pérdida del placer e interés en casi todas las actividades, pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o excesos deseos de dormir, lentitud o agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte. Puede ocurrir una sola vez en el día, pero también puede repetirse en el curso de la vida”.

3.9.5.2.-Distimia.-“Es un estado depresivo de larga duración acompañado de uno o varios de los síntomas del trastorno depresivo mayor. Es un tipo de depresión menos grave pero que interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona”.

3.9.5.3.-Trastorno Bipolar.- “También denominado trastorno Maníaco Depresivo. Se caracteriza por cambios cíclicos en el ser humano: Fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estados de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos”. (CBP Psicólogos).

3.9.6.-INVESTIGACIONES REALIZADAS.

Herruzo, C., Moriana, J. (2004) en su artículo “Estrés y burnout en profesores”, establecen los criterios referente a una investigación realizada en profesores, la misma que consistía en aislar las diferentes causas de tipo sociodemografico, organizativas y de personalidad, posteriormente se presentan los modelos teóricos que intentan explicar este fenómeno, otras variables relacionadas y las consecuencias personales, familiares y organizacionales asociadas. Finalmente se presentan los principales

instrumentos de evaluación y las últimas tendencias en prevención e intervención. Dentro de la investigación realizada se destaca los índices de absentismo y bajas laborales. Los cuales implican un alto costo para la Administración Educativa.

En la investigación denominada “El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas”. Lòpez, R. y Ortega, C. (2003) realizada a profesionales sanitarios, se pudo evidenciar que existe un enfrentamiento frecuente a situaciones de vida y muerte, por lo que su trabajo demanda un agotamiento físico y psicológico, desencadenando problemas conductuales como es el burnout, de salud como ansiedad y psicológicos como depresión; considerando de vital importancia tratar acerca de este tema ya que desencadena consecuencias que afecta el bienestar tanto de los profesionales como de los pacientes y por ende de las organizaciones.

3.10 EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO.

El burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado.(Pines y Anderson, 1980).

El hombre al ser una entidad compleja, se muestra vulnerable a diferentes actividades prolongadas y demuestra agotamiento en diferentes ámbitos de su compleja estructura; por lo que es necesario determinar su estado permanente de satisfacción e insatisfacción frente a las actividades laborales. SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), manifiesta que muchos de estos factores están asociados a la rutina dentro del mismo trabajo, por lo que se debe brindar espacios de cambios adaptativos e integración grupal. En mi criterio personal y a través de los estudios realizados dentro del campo de la psicología, el ser humano es un ente que se adapta y se desenvuelve en diferentes medios; sin embargo ciertas rutinas que ejecuta pueden al mismo tiempo causar en los profesional un grado mayor de asertividad o de aburrimiento; por ejemplo, si un médico se aburriera de realizar con un paciente la misma rutina de verificar sus signos vitales ¿Qué pasaría?

3.10.1 DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO.

Según la definición de Folkman y Lazarus (1985), el afrontamiento es el esfuerzo tanto cognitivo como conductual que hace el individuo para manejar las demandas

específicas internas y/o externas y los conflictos entre ambas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone para la persona. Lo que manifiesta Folkman y Lazarus, es importante debido a que las personas tendemos a enfrentar periódicamente elementos tanto intrínsecos como extrínsecos y en los diferentes trabajos, dicha demanda es mayor, ya que las diferentes personas tienen que mantener relaciones interpersonales constantemente; de ahí la importancia de establecer un equilibrio cognitivo afectivo.

3.10.2 TEORÍA DE AFROTAMIENTO.

Dentro de las principales teorías del afrontamiento más utilizadas, se menciona el modelo de estrés transaccional la cual plantea que durante el “Afrontamiento del estrés” las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (Lazarus, R. y Folkman, S. 1985). Estos mecanismos de afrontamiento sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante situaciones estresantes.

“Según el autor, cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés. Son muchos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento. Por un lado, puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud o con la energía física con la que se cuenta; pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales que se tengan, religiosas o no, las creencias generales relativas al control que podemos ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos; el aspecto motivacional, también puede favorecer al afrontamiento, así como las capacidades para la resolución de problemas o las habilidades sociales: además, Lazarus, añade el apoyo social y los recursos materiales como otros factores que hay que tener presentes”. (Moreno, 2007).

Lo que manifiesta Moreno es de vital importancia, debido a que el afrontamiento al estrés laboral, no únicamente se fundamenta en uno o dos aspectos; sino que está relacionado con creencias, capacidades y habilidades sociales; de ahí la conclusión que varias personas que poseen una sobrecarga de trabajo y al saber direccionar efectivamente y canalizar tanto sus energías

físicas como emocionales pueden cumplir con efectividad y no ser presa fácil del burnout laboral.

3.10.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. Entre las posibles estrategias de afrontamiento tenemos:

- Confrontación.
- Distanciamiento.
- Autocontrol.
- Buscar apoyo profesional.
- Aceptación de la responsabilidad.
- Escape. Evitación.
- Planificación de soluciones.
- Reevaluación positiva.
- Pensamientos positivos (esfuerzos activos, cognitivos, visualizar el problema).
- Búsqueda de apoyo social.
- Búsqueda de soluciones.
- Contabilizar las ventajas (se aproxima al problema comparándole con una situación peor).(Lazarus y Folkman, 1986).

3.10.4 INVESTIGACIONES REALIZADAS.

En un estudio realizado por Fernández-Abascal (1997), en una muestra de estudiantes universitarios de diversas escalas e inventarios de estrategias de afrontamiento, encontró una alta consistencia e escalas como: reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades detractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa.

3.11 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL.

El ser humano a través de su historia es un ente social, que tiende a conformar grupos y que su interrelación facilita su supervivencia. Dentro de lo concerniente al síndrome

de Burnout, es importante determinar que varios profesionales, necesitan el apoyo del grupo para poder salir de dicho síndrome. En muchas ocasiones es el grupo quien apoya en la recuperación del individuo que se encuentra con un agotamiento laboral, en otras ocasiones es el mismo grupo que agudiza la problemática. De ahí la importancia de mantener un equipo de trabajo que les permita alcanzar una verdadera sinergia.

Sin embargo el apoyo social, no se limita únicamente a la cooperación del grupo de trabajo, tiende también a ser la familia o el grupo de amigos, con quienes el individuo puede fortalecer sus objetivos y retroalimentar los procesos laborales en los que ha estado fallando.

Es importante despertar las motivaciones intrínsecas en el individuo y cada ser humano, mira sus expectativas de vida, basadas en una convivencia social; así por ejemplo cuantos trabajadores tienen como estímulo de bienestar laboral en la educación de sus hijos, el bienestar y su autorrealización personal; entre otros elementos, con lo cual genera el propio grupo de trabajo.(Aranda, C. et al. 2004).

3.11.1 DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL.

Cuando existe deterioro en los lazos sociales, es eminente que se posibilitará un déficit o un problema en la calidad de vida de los seres humanos.

Barrón (1996), en su obra "Apoyo Social", pretende especificar lo que significa el apoyo social desde una perspectiva psicosocial y comunitaria, centra su estudio en decir; como todos aquellos apoyos o provisiones, instrumentales y expresivos, reales o percibidos, aportados por la comunidad, redes sociales y amistades íntimas, influyen en la salud de determinadas personas o colectivos; y, además enfatiza en la necesidad de analizar en detalle las estrategias encaminadas a crear, movilizar, reforzar u optimizar las redes sociales en las que están insertos tales sujetos

La misma autora propone la siguiente definición: "El apoyo Social tiende a ser interactivo, pluridimensional, multireferencial e integradora (ya que son varios los aspectos, niveles de análisis, funciones y categorías que influyen e interactúan entre sí)".

Lo que dice la autora es de vital importancia, debido a que cuando se presenta burnout laboral, presencia de las interrelaciones sociales en ocasiones son positivas y en otras

no; es decir a veces los grupos de apoyo social brindan las oportunidades y estimulan a los individuos para descargar las energías negativas suscitadas dentro del aspecto laboral, en otros casos en vez de convertirse en un grupo de apoyo, fomenta la rivalidad y generan espacios de ansiedad y estrés frente a las personas que padecen el síndrome de burnout.

3.11.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Partiendo de que muchas personas tienden a generar estrés y reacciones psicofisiológicas, en relación al agotamiento laboral; se han desarrollado diferentes modelos conceptuales que permiten acrecentar un balance entre las necesidades impuestas por el ambiente de trabajo y los recursos que la organización del trabajo pone en manos de los trabajadores para hacerles frente a diversas sintomatologías del síndrome de burnout.

Modelo control-demanda- apoyo social

Karasek, (1977), formuló el modelo demanda-control más tarde modificado por Johnson y Hall quienes introdujeron el *apoyo social* como la tercera dimensión de este modelo, y según el trabajo de investigación de Berasategui (2010), se describen así cada una de las dimensiones que forman parte de este modelo:

El control sobre el trabajo que incluye las oportunidades de desarrollar habilidades propias y la autonomía sobre este.

Las exigencias psicológicas cuantitativas tales como: volumen de trabajo con relación al tiempo disponible para hacerlo y las interrupciones que obligan momentáneamente a dejar las tareas y volver a ellas más tarde; Y cualitativas: exigencias emocionales y de escoger emociones.

El control en el trabajo constituye una dimensión potencialmente positiva de este, modelo pudiendo ser su ausencia un factor de riesgo para la salud.

El apoyo social “como tercera dimensión de este modelo actúa con un doble efecto; por un lado, un apoyo social bajo, el mismo que constituye un factor de riesgo independiente, y por otro modifica el efecto de la alta tensión, de forma tal que el riesgo de la alta tensión aumentaría en situación de bajo apoyo social (situación frecuente en trabajos en condiciones de aislamiento social) y podría moderarse en situación de trabajo que proporcione un alto nivel de apoyo (por

ejemplo en el trabajo en equipo). El apoyo social tiene dos componentes: las relaciones sociales que el trabajo implica en términos cuantitativos y el grado de apoyo instrumental que recibimos en el trabajo, o sea, hasta qué punto podemos contar con que compañeros y superiores nos ayuden para sacar el trabajo adelante". (Berasategui, 2010).

3.11.3.- APOYO SOCIAL PERCIBIDO.

El apoyo social percibido cuyo concepto a nivel cognitivo es la percepción de sentirse amado y aceptado por los demás, supone en la persona la salud integral. (Gómez y cols., 2001). Por lo tanto esto implicaría bienestar psicológico, integración social, favoreciendo el grado de adaptación ante una situación estresante. (Sandín, 2003).

Lo que evidencia que el apoyo social recibido en una persona puede ocasionar una recompensa a largo plazo, estima, control de estatus, entre otras sensaciones de bienestar que favorecen a la salud.

3.11.4.- APOYO SOCIAL ESTRUCTURAL.

Dentro del apoyo social estructural el modelo define cuatro grandes grupos de ocupaciones en función de los niveles de demandas psicológicas y control: activas (alta demanda, alto control), pasivas (baja demanda, bajo control), de baja tensión (baja demanda, alto control) y de alta tensión (alta demanda, bajo control). (Núñez, S., Rodríguez, M., 2009). La situación de alta tensión es la más negativa para la salud. Por otro lado, el trabajo activo conduce a un mayor aprendizaje y al desarrollo de un mayor rango de estrategias de afrontamiento y participación social.

3.11.5.-INVESTIGACIONES REALIZADAS.

En relación al apoyo social, han existido varias investigaciones de carácter teórico y práctico; así por ejemplo podemos citar los trabajos realizados por Barrón (1996); (Felton y Shinn, 1992); donde tienden a concluir que el apoyo social hace referencia a las transacciones entre personas, las mismas que conforman la red de apoyo del individuo, las que se brindan ayuda entre sí.

Otro estudio realizado por Thoits (1982), manifiesta que las redes sociales satisfacen las necesidades más básicas del individuo. Además se incorpora en cierto concepto ciertas conductas relacionadas, como demostrar afecto e interés, escuchar, prestar

objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, visitar amigos, ofrecer y aceptar consejos, manifestar empatía; entre otros aspectos, que posibilitan una mejor convivencia social laboral.

Pinnes (1997), a través de sus estudios, distingue seis formas diferentes de ofrecer apoyo social en el trabajo:

1. “Escuchar al sujeto de forma activa, pero sin darle consejos ni juzgar sus acciones.
2. Dar apoyo teórico en el sentido de que un compañero experto lo confirme al sujeto que está haciendo bien las cosas. Este tipo de apoyo según el autor, no puede ofrecerlo la pareja, la familia ni los amigos ajenos a la profesión.
3. Crear en el profesional necesidades de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo por parte de aquellos compañeros expertos.
4. Ofrecer apoyo emocional, entendiendo como apoyo incondicional.
5. Brindar apoyo emocional desafiante, es decir, que haga reflexionar al sujeto si realmente ha agotado todas las posibles soluciones y que les haga replantearse las atribuciones hechas acerca de los resultados de la tarea.
6. Participar en la realidad social del sujeto, confirmando o cuestionando las creencias sobre si mismo, sobre su auto concepto, autoeficiencia y autoestima”. (Aranda, C., Pando, M. y Pèrez M. 2004).

3.12 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD.

3.12.1.- DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD.

Existen varias definiciones de personalidad; sin embargo tendremos en cuenta aquellas que tienden a brindar un soporte de mejor jerarquía dentro de la presente investigación.

“La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos, es una fuerza causal, determina la forma como el individuo se relaciona con el mundo, se evidencia en patrones y se manifiesta de diferentes maneras a través de conductas, pensamientos y sentimientos; además está formado por procesos y es cambiante”. (Puentes y Pulido 2010).

Lo que manifiesta Puentes y Pulido, referente a la personalidad, se puede determinar con claridad que el ser humano es un ente interdisciplinado, que posee varios sistemas que al conjugarse dentro de su dinamismo de poseer características que le permite ser distinto del resto de las demás especies dentro de su escala tanto ontogenética como filogenética, manifiesta una personalidad que se va desarrollando dentro de un proceso y donde influyen en la misma las demás personas, es decir, dentro de la formación de la personalidad del individuo se mezclan aspectos endógenos y exógenos y los procesos no son estáticos son cambiantes, debido al dinamismo que mantiene el ser humano dentro de un entorno.

3.12.2.- TIPOS DE PERSONALIDAD.

Al igual que la definición de personalidad, durante la historia de la psicología han existido un sin número de clasificaciones o tipos de personalidad; sin embargo en el presente siglo se ha creído conveniente brindar una definición del término como “proceso”, donde involucre variables ambientales y sociales.

El modelo de Kobasa (1982) “plantea un concepto de personalidad dinámico, en que las dimensiones de la personalidad resistentes se configura en acciones y compromisos adaptados a cada momento. De esta forma los individuos con puntuaciones altas en las dimensiones de compromiso, control y reto, poseerán características de resistencia frente al estrés laboral o de la vida cotidiana” (Moreno, Garrosa y Gálvez, 2005).

Desde esta perspectiva mencionamos los modelos teóricos que relacionan la personalidad con la salud, y que corresponden a nuestra investigación:

3.12.2.1.-Personalidad y Estado Físico de enfermedad/Salud.

Varias investigaciones han afirmado que personalidad y enfermedad son manifestaciones diversas en un mismo causal. Así por ejemplo el Modelo de la Predisposición Constitucional habla de una predisposición genética para ciertos procesos psicopatológicos que afectan a la respuesta cognitiva, emocional y conductual de los sujetos.

Con los estudios de la neurociencia, varios aspectos que tienen que ver con la formación de la personalidad le atribuyen a la parte genética, se han determinado por

ejemplo que existen ciertos neurotransmisores y genes corresponsables de varios aspectos de conducta que formarán la personalidad del ser humano, sin embargo también es importante determinar el grado de influencia que tiene el medio ambiente donde se desenvuelve el ser humano, para la formación de su personalidad.

3.12.2.2.-Personalidad y Conductas de Riesgo/Conductas de Salud.

En lo referente a la personalidad Antonovsky (1979, 1990), dice que la persona tiene la capacidad de percibir el significado del mundo que le rodea y de advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que estas tienen sobre su entorno (sentido de la coherencia). Y en cuanto las conductas de riesgo o las conductas saludables Moreno, Garrosa, y Gálvez (2005) manifiestan que serían específicamente expresión y manifestación de la personalidad, de su estructura y de sus procesos.

Es conocido por los entendidos en el campo médico y psicológico, que el ser humano posee un sin número de elementos para percibir el mundo que le rodea, dentro del proceso del conocimiento y se determinan con claridad que a través de las percepciones, cada persona interpreta la realidad cognitiva; por lo que puede brindar un significado lo que observa, escucha, siente, piensa, etc.

3.12.2.3.-Personalidad y Modulación del estrés.

Este enfoque se centra en el análisis de cómo influye la personalidad en el tipo de respuesta al estrés, teniendo en cuenta variables del ambiente, de frontamiento y/o de valoración cognitiva.

3.12.3.- PATRONES DE CONDUCTA.

Existen ciertos patrones de conducta observables dentro de las investigaciones realizadas; así por ejemplo en el cuestionario de personalidad más utilizado para correlacionar con el burnout, como patrones de conducta han existido los siguientes resultados: Relación entre la ansiedad, bajo nivel de estabilidad y alta vigilancia. Con lo que podemos concluir que se mantienen ciertos patrones de conducta en relación a las personas que atraviesan el síndrome de burnout.

Un estudio realizado en un grupo conformado por 115 profesionales en enfermería del Hospital Universitario de Maracaibo aplicó la escala MBI el MMPI-2 para establecer rasgos y patrones psicopatológicos y definir el grado de ajuste psicológico. Los

resultados permitieron concluir que las personas con alto puntaje de burnout presentaron los siguientes rasgos de personalidad: sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás, dificultad para establecer contactos sociales y bajo ajuste psicológico. (Becomo, Paz y Liebste, 2005).

2.12.4.- LOCUS DE CONTROL.-

Existe un locus de control interno y un locus de control externo: si tenemos en cuenta el síndrome de burnout, es posible que varias personas tiendan a culpabilizar de su sintomatología al ambiente, a las personas que se encuentran a su alrededor (jefe, compañeros de trabajos, situaciones apremiantes, etc.); en cambio otras al tener un locus de control interno comiencen a auto culpabilizarse de lo que está pasando; existiendo criterios de su mal estar, en función de su mal desempeño profesional, de sus faltas o atrasos, de sus manera de ser o carácter.(Morris, 1992).

Phares y Ritchie (1969), “descubrieron que los de orientación externa entendían a adoptar las opiniones de aquellos a quienes consideraban una autoridad. En cambio, los de orientación interna prestaban más atención al contenido de la opinión que a la reputación de su fuente” (Morris, 1992) .

Los que tienen dirección interna difieren también en otros aspectos de la dirección externa. Tienden a ser más inteligentes, posiblemente porque los más brillantes pueden controlar mejor lo que les ocurre que las personas de menor talento (Mishel,1981). También están más orientados al éxito y suelen asumir riesgos más razonables (Strickland,1977).

Prociuk y Breen (1975) descubrieron que lograban mejores calificaciones en las asignaturas de la escuela.

De estas premisas parten los estudios realizados por Stephen Covey en su teoría del 90/10, donde el locus de control interno puede modificar la calidad de vida frente a circunstancias apremiantes. El mismo autor tiende a escribir en su libro “Los siete hábitos de la gente eficaz” una victoria a la que le denominó “privada”, partiendo de la importancia de mantener un autocontrol para después incidir en los demás.

3.12.5.- INVESTIGACIONES REALIZADAS.

Se realizó un estudio en La Paz, para establecer la relación existente entre el burnout, la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad. Dicho estudio tuvo como muestra a 215 enfermeras de 7 hospitales de la ciudad. Se determinaron el nivel de confiabilidad y la validez factorial, mediante la aplicación del test MBI y del cuestionario de satisfacción laboral de Travers y Cooper. Los resultados a dicho estudio manifestaron que: “La satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la realización personal, negativamente con la despersonalización y agotamiento emocional. El 8% de la muestra presentó el síndrome de Burnout.

“Molina, Avalos y Gimenez (2005) estudiaron a 115 enfermeras en un hospital de la ciudad de Granada, encontrando que el 7% de las mismas registraban en el inventario de burnout de Maslach (MBI) los tres indicadores del síndrome con puntuaciones altas, establecieron que las funciones generales se relaciona más con el desgaste emocional que las actividades en especialidades”. (Roth y Pinto, s.f.)

En una investigación realizada a 97 profesionales de enfermería en el Hospital Morales Meseguer de Murcia se aplicó un estudio retrospectivo cuyo objetivo era analizar la relevancia de las variables de tipo individual en el desarrollo del burnout, así como el potencial efecto de la personalidad resistente como factor de protección y sus consecuencias sobre la salud de los profesionales. Los resultados apoyaron la relación entre la personalidad resistente, el síndrome de burnout y las consecuencias de la salud. (Ríos Rísquez, Godoy Fernández y Sánchez-Meca 2011).

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la Investigación

La investigación tiene un modelo de investigación, descrita a continuación:

- Cuantitativa: Se analizará la información numérica de los elementos evaluados.
- No experimental: Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- Transversal: 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.
- Exploratorio: Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
- Descriptivo: Se relaciona 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).

La metodología desarrollada para identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno implica la aplicación de varios instrumentos que permiten tener la posibilidad de conocer:

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del burnout en los trabajadores del Hospital?
- ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el síndrome de burnout?
- ¿Cuál es la comorbilidad existente entre las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?
- ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

4.2 OBJETIVOS

4.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Hospital “Alberto Correa Cornejo” – Yaruquí y en la Clínica de Especialidades Tumbaco.

4.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar el estado de salud mental de los profesionales de la salud.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas a los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud para determinar su influencia con el burnout.

4.3 Participantes

La población objeto de estudio fue tomado de un listado del departamento de Recursos Humanos del Hospital “Alberto Correa Cornejo” y la clínica de Especialidades Tumbaco, se consideraron como informantes a “19 médicos y 15 enfermeras” de servicio activo, de distintas especialidades, de diferentes años de servicio, edad, género y ubicación geográfica.

4.4 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos se detallan a continuación y fueron aplicados en el orden que se presentan:

Cuestionario Sociodemográfico y laboral.- Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como (burnout; al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral.

La escala MBI plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:

Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.

Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.

Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y auto eficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

Cuestionario de Salud Mental (GHC28).- El GHC28 (versión abreviada del General HealthQuestionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud, que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra "sano" o con "disturbios psiquiátricos". Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro subescalas que son:

- A Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- B Ansiedad e insomnio: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- C Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- D Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española la cual utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- ❖ Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- ❖ Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- ❖ Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- ❖ Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.

- ❖ Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- ❖ Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- ❖ Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- ❖ Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- ❖ Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- ❖ Autoinculpción: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- ❖ Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- ❖ Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- ❖ Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- ❖ Humor: hacer burlas y reírse de la situación estresante.

Cuestionario MOS de apoyo social.- Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cois en 1991. Es un cuestionario auto-administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) ya para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

- ❖ Apoyo emocional: Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- ❖ Apoyo material o instrumental: Contar con ayuda doméstica.
- ❖ Relaciones sociales de ocio y distracción: Incluye contar con otras personas para comunicarse.
- ❖ Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

Además de investigar las dimensiones de apoyo básico antes mencionadas también brinda la posibilidad de obtener un índice global de apoyo social del individuo.

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.- "La construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta; tales son el cognoscitivo, el conativo, el afectivo y el constitucional" (Eysenck 1981). Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores:

- ❖ **Neuroticismo:** Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si es sujeto es neurótico o estable.
- ❖ **Extraversión:** Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto a la cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- ❖ **Psicoticismo:** El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- ❖ **Sinceridad:** Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

4.4. Recolección de datos

Previo a la ejecución del trabajo de campo se realizó la respectiva solicitud al director del hospital, en la entrevista se precisó la finalidad de investigar la incidencia del nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno.

Para efectos de la recolección de información debido a que la mayoría de profesionales médicos y enfermeras no tenían la predisposición de colaborar con la investigación; se tomó en forma arbitraria (el jefe de recursos humanos designó a los profesionales a encuestarse), por ende existe un sesgo en la veracidad de los datos.

Por lo expuesto anteriormente los cuestionarios fueron entregados en sobre cerrado para la auto aplicación; es decir cada informante llenó personalmente los respectivos formularios, previamente se realizó a una breve explicación a cada profesional sobre el correcto llenado de los formularios.

Inmediatamente después de entregada la encuesta se procedió a la revisión de los formularios para la debida corrección de errores e inconsistencias.

4.5. Análisis de Datos

Para el análisis, interpretación y discusión de resultados se tomó como referencia los cuadros y gráficos estadísticos (frecuencias y porcentajes) remitidos por la UTPL, mismos que fueron adaptados de acuerdo a las necesidades de la investigación para efecto del cumplimiento de los objetivos.

5. RESULTADOS

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO Y LABORAL

Características Sociodemográficas.

CUADRO N° 1			
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Aspectos Sociodemográficos		Profesionales	
		Frecuencia	%
Población	Médicos	19	55,88
	Enfermeras	15	44,12
Género	Masculino	8	23,53
	Femenino	26	76,47
Estado Civil	Soltero	4	11,76
	Casado	25	73,53
	Viudo	0	0,00
	Divor/sepa	5	14,71
	Unión libre	0	0,00
Promedio de Edad	Médicos	26 a 44 años	
	Enfermeras	35 a 39 años	
Con quién vive	Solo	5	14,71
	Con más Personas	29	85,29

Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

La población sujeta a investigación estuvo constituida por 34 profesionales de la salud, de los cuales 19 fueron médicos que representa el 55,88% y 15 enfermeras que simboliza el 44,12% de la población.

Se observa en el **Cuadro 1** en relación a la distribución por género que el 76,47% de la población encuestada fueron mujeres y un 23,53% hombres; en cuanto al estado civil la mayoría (73,53%) de profesionales son casados; con referencia a la edad se puede visualizar que los médicos tienen edades entre 26 y 44 años y en las enfermeras las edades se hallan entre 35 y 39 años.

Al considerar el aspecto "con quien viven" tanto médicos como enfermeras mencionaron en su mayoría (85,29%) que viven con más personas.

Aspectos Laborales

CUADRO N° 2			
CARACTERISTICAS LABORALES			
Aspectos Laborales		Profesionales	
		Frecuencia	%
Zona de Trabajo	Urbana	4	11,76
	Rural	30	88,24
Sector de Trabajo	Público	22	64,7
	Privado	4	11,8
	Ambos	8	23,5
Tipo de Contrato	Eventual	2	5,88
	Ocasional	12	35,29
	Plazo fijo	5	14,71
	Indefinido	15	44,12
	Ninguno	0	0,00
Promedio de Pacientes por Día	Médicos	25 a 85 p/d	
	Enfermeras	20 a 29 p/d	
Satisfecho con el Trabajo	Nada	1	2,94
	Poco	1	2,94
	Bastante	14	41,18
	Totalmente	18	52,94
Apoyo Directivos	Nada	4	11,76
	Poco	14	41,18
	Bastante	11	32,35
	Totalmente	5	14,71
Satisfacción Económica	Nada	2	5,88
	Poco	17	50,00
	Bastante	11	32,35
	Totalmente	4	11,76

Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Los resultados muestran respecto a la zona donde trabajan que el 88,24% labora en la zona rural y un 11,76% (11) en el área urbana, cabe señalar que el estudio se realizó en dos instituciones de salud (Hospital Público y Clínica Privada). En cuanto al sector donde trabajan el 64,7% de encuestados señalaron el sector público y un porcentaje considerable (23,5%) especificaron ambos sectores tanto público como privado.

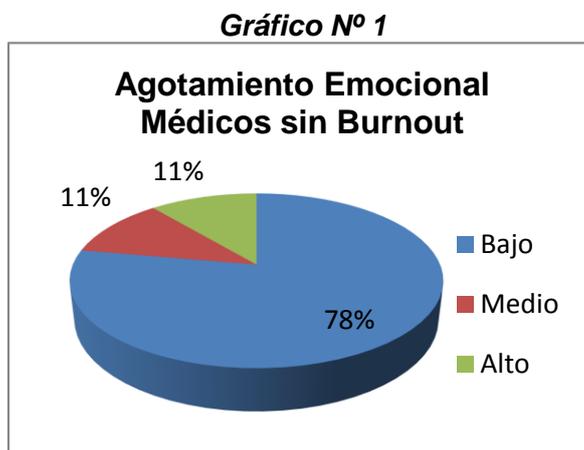
Además respecto al tipo de contrato; apenas el 14,71% de los encuestados cuentan con un contrato fijo y 44,12% tienen contrato indefinido estos resultados muestran la poca estabilidad laboral que ofrecen las instituciones de salud; debido a que el porcentaje de contratos ocasionales es considerable (35,29%) sumado a los contratos eventuales (5,88%).

Resulta de suma importancia conocer a cerca de cuan satisfechos se encuentran los profesionales de la salud respecto a su trabajo, su situación económica y además si sienten apoyo por parte de sus directivos; ya que a mayor satisfacción se presume que podría ser mejor su rendimiento y por ende menor será el grado de agotamiento.

Con relación al aspecto “satisfacción con el trabajo” en su mayoría (41,18% y el 52,94%) manifestaron estar bastante y totalmente satisfechos con el trabajo que realizaban respectivamente, así también respecto al “apoyo que reciben de los Directivos” un alto porcentaje (11,76% y 41,18%) respondieron que “poco o nada” lo reciben y un 47,06% revelaron que recibían “bastante y totalmente” el apoyo de sus directivos.

Por otro lado con referencia al aspecto económico en su mayoría (5,88% y 50,00%) mencionaron estar “poco o nada” satisfechos y un porcentaje considerable respondió que se encontraba satisfechos “bastante y totalmente” con su situación económica (32,35% y 11,76%). Estos resultados muestran que los factores tanto económico como de apoyo al tener altos porcentajes de insatisfacción podrían resultar como causales de un elevado porcentaje de profesionales con problemas y síntomas de burnout.

CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT) EN MÉDICOS



Fuente: “Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital “Alberto Correa Comejo” y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

El gráfico N°1 muestra que existe un alto porcentaje (78%) de médicos sin burnout que presentan un nivel bajo de agotamiento emocional; es decir que su trabajo no le produce gran preocupación, tensión, ni frustración; así mismo los datos revelan que el

11% de médicos muestran un nivel medio de agotamiento emocional ya que algunas veces se sienten tensionados o frustrados debido a su trabajo y un mínimo (11%) porcentaje de profesionales presentan una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre las tareas realizadas. En el caso del médico con burnout evidencia un alto nivel de agotamiento emocional.

Gráfico N° 2



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

De acuerdo a los datos recolectados respecto a este factor se puede observar en el gráfico N°2 que en general los médicos sin burnout tienen un nivel bajo de despersonalización ya que demuestran actitudes positivas hacia los demás y su trabajo les resulta bastante motivador. Lo contrario sucede en el caso del médico con burnout, demuestra un alto nivel de despersonalización lo que indica que existe distanciamiento, muestra un cambio negativo en las actitudes, presenta baja motivación hacia el trabajo.

Gráfico N° 3

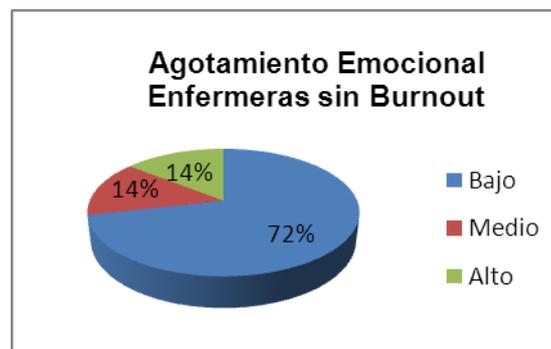


Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Se visualiza con respecto a esta variable en los resultados que en su totalidad (100%) los médicos muestran un alto nivel de realización personal; se sienten muy satisfechos con el trabajo que realizan.

CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT) EN ENFERMERAS

Gráfico N° 4



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Los resultados obtenidos demuestran que el 72% de enfermeras sin burnout se halla con un nivel bajo de agotamiento emocional, el 14% tienen un nivel medio; así mismo con relación a aquellos que presentan agotamiento emocional, 2 de 14 enfermeras encuestadas que no poseen burnout registran un nivel alto; representan el 14% de la población. En el caso de la enfermera con burnout también muestra un alto nivel de agotamiento emocional.

Gráfico N° 5



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

El 92% de la muestra de Enfermeras sin burnout manifiestan un bajo nivel de despersonalización según los resultados obtenidos (gráfico) y un mínimo porcentaje (8%) presenta un nivel medio; en este caso al no existir enfermeras con nivel alto de despersonalización, con excepción de la enfermera que tiene burnout, se puede deducir que en general los profesionales tienen actitudes positivas hacia los demás.

Gráfico N° 6

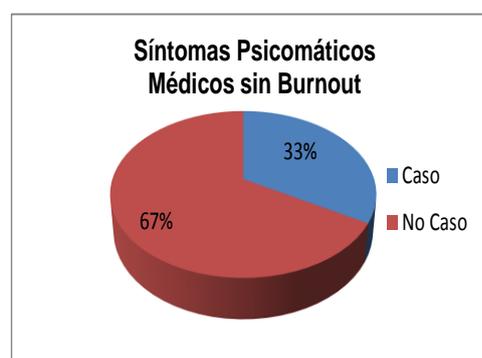


Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Este es uno de los factores que mayormente se presentan favorable en los dos casos tanto en médicos como enfermeras; debido a que la totalidad de la muestra tiene un alto nivel de realización personal, lo que refleja que se encuentran muy satisfechos con el trabajo que realizan y tienen alta motivación.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28) EN LOS MÉDICOS

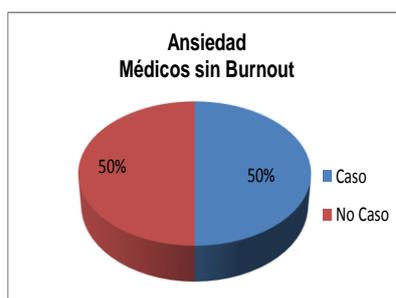
Gráfico N° 7



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Dentro de los resultados obtenidos se puede observar en el gráfico que existe un alto porcentaje de médicos (67%) no poseen este síntoma, es decir que de 18 médicos sin Burnout 12 no muestran síntomas psicossomáticos; a pesar de que la proporción de médicos que presentan este síntoma es menor (33%) no debe dejarse de lado ya que muestra que es considerable el número de médicos que tienen este síntoma. En relación a los resultados del médico con Burnout indica que carece de síntomas psicossomáticos.

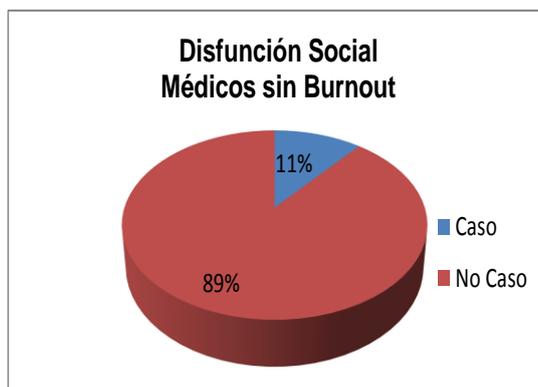
Gráfico N° 8



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

El gráfico N° 8 muestra que el 50% de los médicos que presentan ansiedad y el 50% de los médicos que no presentan ansiedad. El gráfico N° 9 muestra que el 89% de los médicos que no presentan síntomas de disfunción social y el 11% de los médicos que presentan síntomas de disfunción social.

Gráfico N° 9

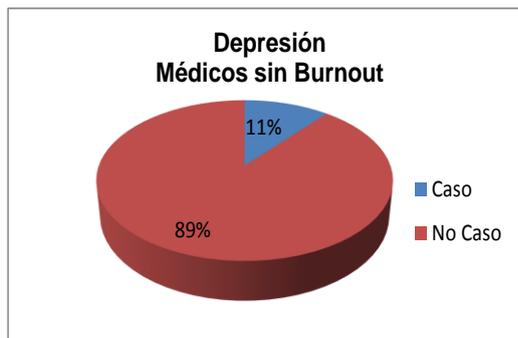


Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

En el siguiente gráfico se observa en la mayoría de médicos sin Burnout que su desempeño social en la vida diaria es bueno debido a que el 89% no presenta el síntoma de disfunción social. El porcentaje de médicos en los que se detectó algunos sentimientos negativos hacia las actividades que realiza durante el día, es decir el 11%.

cuesta más concentrarse, le toma más tiempo hacer las cosas y al realizarlas no se siente satisfecho es mínimo (11%).

Gráfico N° 10

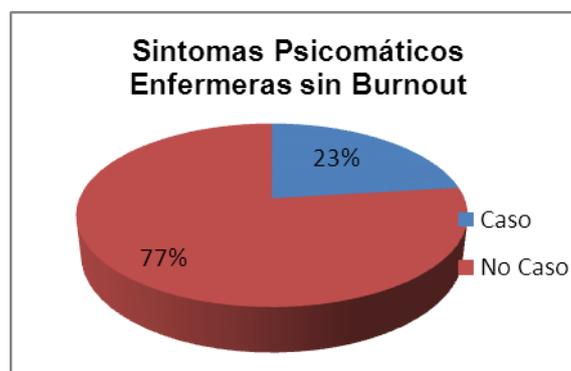


Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Al analizar los resultados se encontró que un mínimo porcentaje (11%) presentaba síntomas como: insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad, etc. y en el 89% de los encuestados no hay indicio de que muestren posible depresión dicha información corresponde a los médicos sin Burnout, para el caso del médico que presenta el síndrome también existe presencia de síntomas de depresión.

CUESTIONARIO ESTADO DE SALUD GENERAL (GHQ-28) EN LAS ENFERMERAS

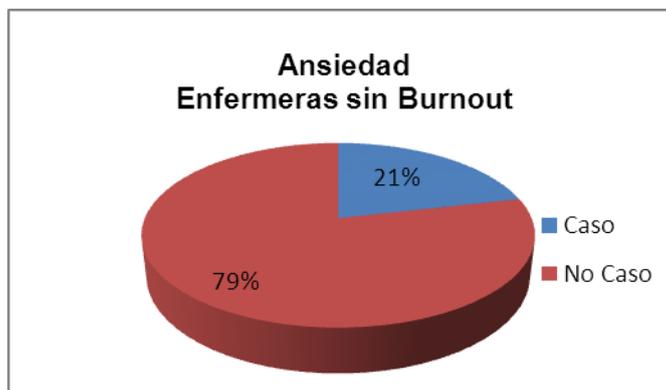
Gráfico N° 11



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Con relación a los resultados obtenidos en la muestra de enfermeras se visualiza que en su mayoría (77%) carece de síntomas psicossomáticos y un 23% de enfermeras sin Burnout presentan síntomas como: dolores de cabeza, cansancio, etc. que pueden ser causados por varios factores como estrés, depresión entre otros.

Gráfico N° 11



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

El gráfico N° 11 muestra respecto al factor ansiedad que en el 79% de enfermeras encuestadas sin burnout, no hay síntomas que revelen una posible ansiedad; sin embargo existe casos que evidencian indicios como: dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad como es en el 21% de la muestra sin burnout así como también en el caso que posee el síndrome.

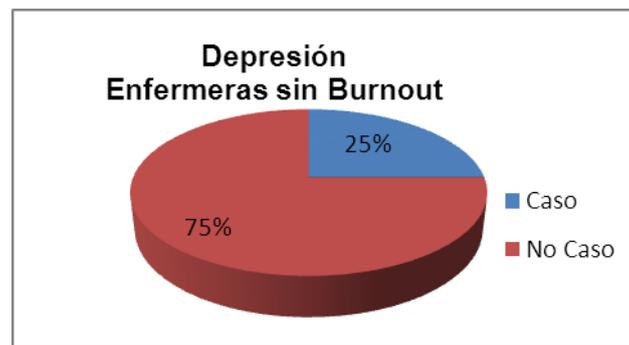
Gráfico N° 12



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Respecto al factor depresión los resultados del Gráfico N° 12 muestran que el desempeño social en la vida diaria de la muestra de enfermeras es bueno, debido a que no se han detectado sentimientos negativos o insatisfacción en ningún caso.

Gráfico N° 13

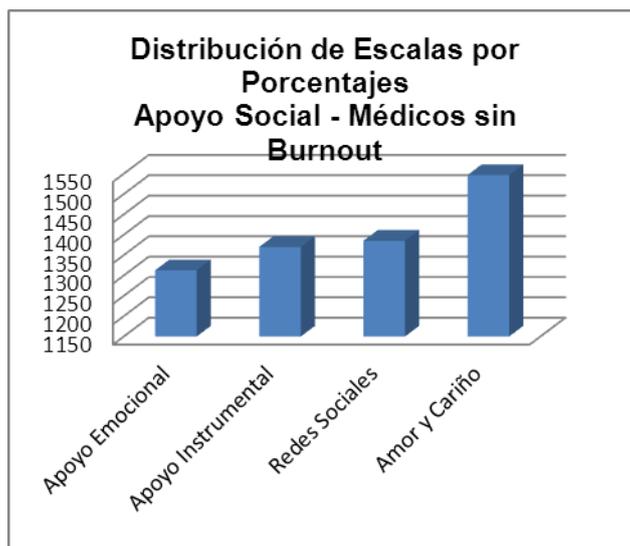


Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa en el Gráfico N° 13 que en el 75% de las enfermeras encuestadas no hay indicios que muestren una posible depresión; en cambio el 25% restante de la población presenta síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad etc.

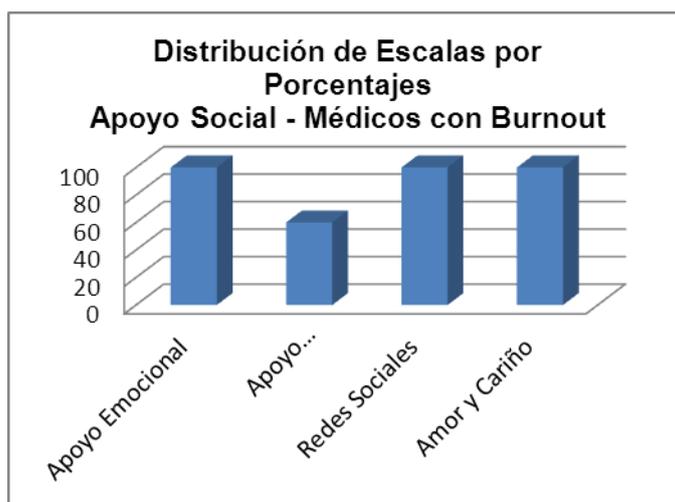
CUESTIONARIO DE (AP) APOYO SOCIAL EN LOS MEDICOS

Entre los principales factores de apoyo social se observa en el gráfico N° 14 que los médicos cuentan con un buen círculo de apoyo social ya que presentan puntuaciones altas, lo cual les permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad; entre la más importante se puede citar "amor y cariño" ya que tiene la puntuación porcentual más alta, seguida de las "redes sociales", así mismo muestra que la menor puntuación se encuentra en "apoyo emocional" lo que demuestra que existen médicos que prefieren afrontar sus problemas en forma personal.

Gráfico N° 14

Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Con referencia al caso con síndrome de Burnout se puede visualizar en el Gráfico N° 15 que las puntuaciones más elevadas se presentan en "apoyo emocional", "rede sociales" y "amor y cariño"; la menos puntuada es el "apoyo instrumental" es decir consideran que pueden solucionar ciertas situaciones en forma autónoma.

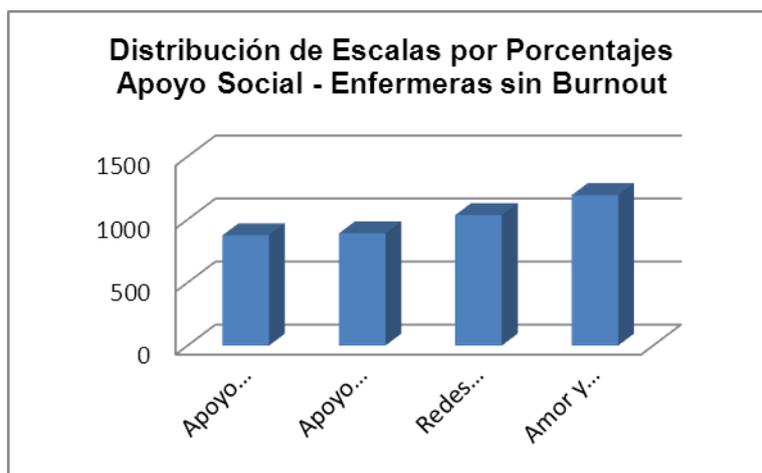
Gráfico N° 15

Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

CUESTIONARIO (AP) DEL APOYO SOCIAL EN LAS ENFERMERAS

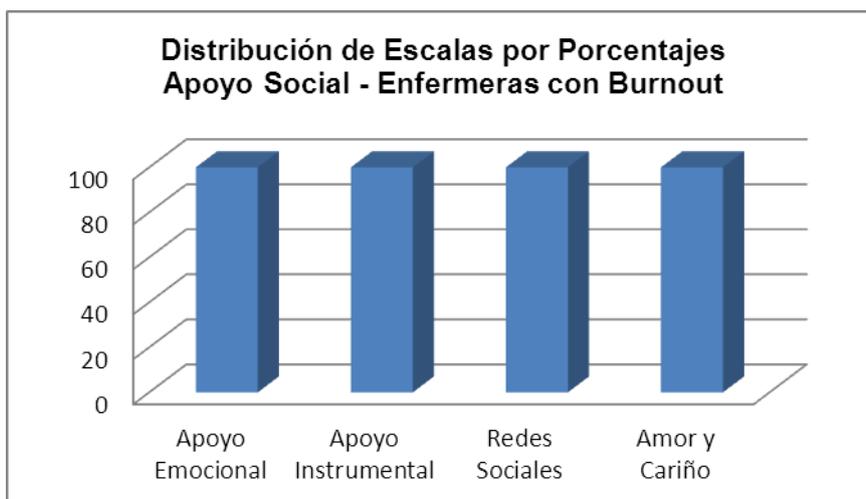
Al observar los resultados obtenidos para el caso de las enfermeras se puede mencionar que el apoyo social con puntuaciones altas es similar al de los médicos; ya que principalmente señalaron “amor y cariño” acompañado muy de cerca de las “redes sociales”, a pesar de no tener una diferencia significativa de los otros grupos es preciso mencionar que el “apoyo emocional” tiene menor puntuación.

Gráfico N° 16



Fuente: “Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital “Alberto Correa Cornejo” y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Gráfico N° 17

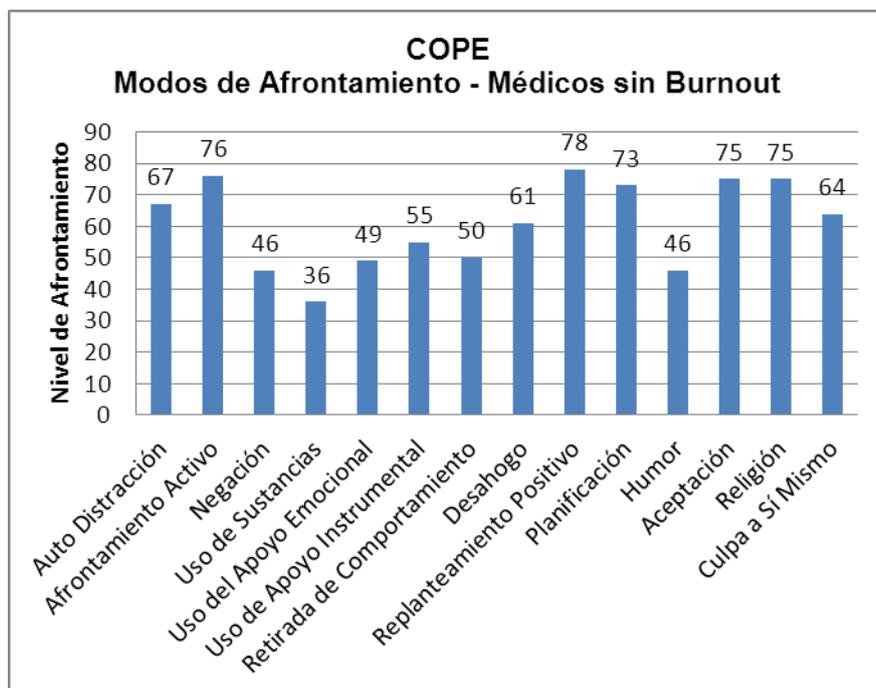


Fuente: “Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital “Alberto Correa Cornejo” y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Por otra parte, el Gráfico N° 17 muestra que el caso de la enfermera con burnout los cuatro grupos de apoyo social presentan igual puntuación.

CUESTIONARIO MODOS DE AFRONTAMIENTO(BRIEF-COPE) EN LOS MEDICOS

Gráfico N° 18

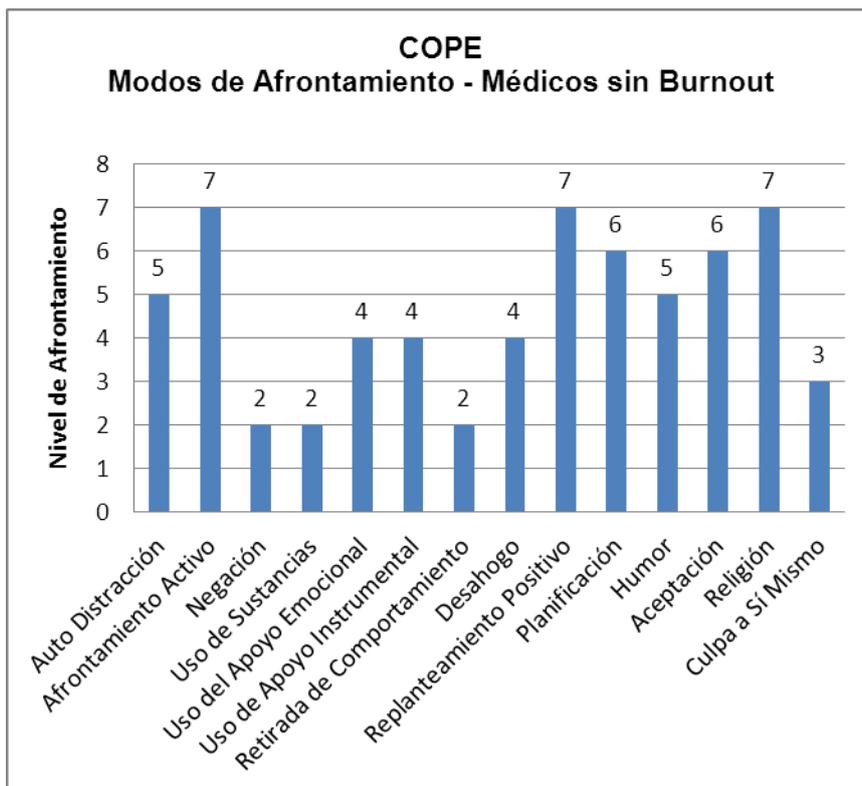


Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Respecto a los modos de afrontamiento que mayormente utilizan los médicos como se observa en el Gráfico N° 18 los que tienen puntuaciones más elevadas son: afrontamiento activo (76), replanteamiento positivo (78), planificación (73), aceptación (75) y religión (75) lo que muestra que las formas de contrarrestar el estrés que emplean los médicos son adecuadas.

Sin embargo el gráfico presenta también modos de afrontamiento con bajas puntuaciones como son: negación y humor (46), uso de apoyo emocional (49), uso de sustancias (36); las cuales no se presentan como una buena manera de afrontar al estrés por la conceptualización de las mismas.

Gráfico N° 19



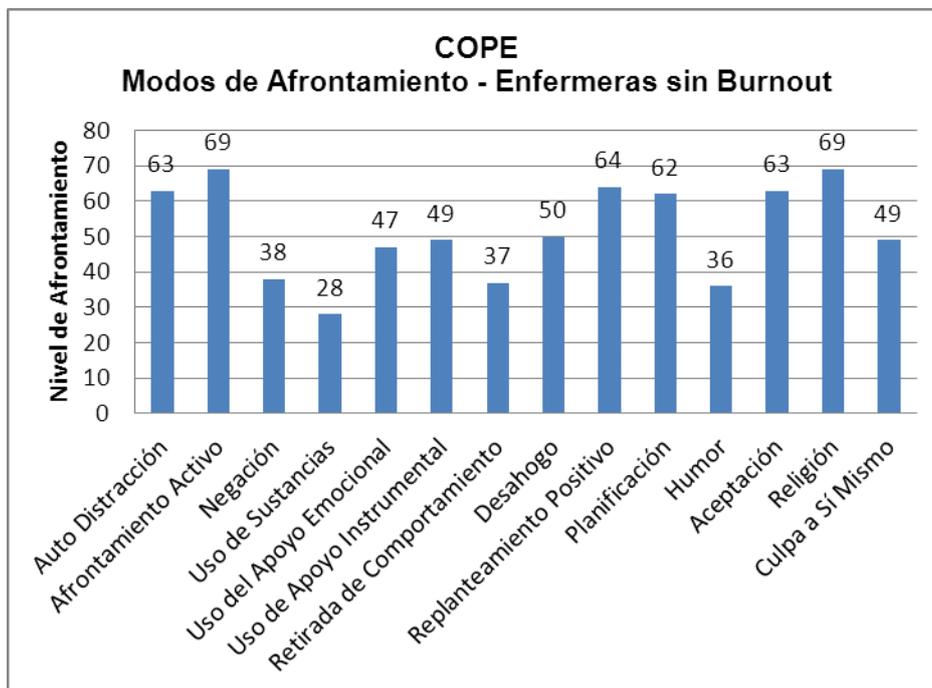
Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Por otro lado, con referencia a los modos de afrontamiento en el médico con Burnout presenta afrontamiento activo, replanteamiento positivo, religión (7); planificación, aceptación (6); humor y auto distracción (5), lo que indica que utiliza métodos adecuados de afrontamiento.

CUESTIONARIO MODOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE) EN LAS ENFERMERAS

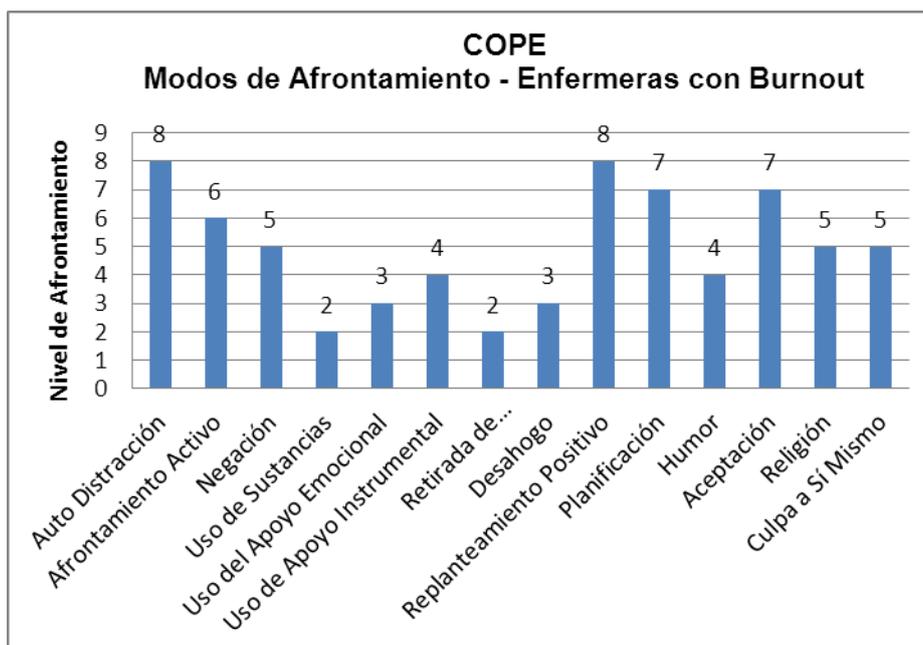
El Gráfico N° 20 indica que entre los modos de afrontamiento que mayormente utilizan las enfermeras y que a su vez presentan altas puntuaciones son: afrontamiento activo y religión (69); replanteamiento positivo (64); auto distracción y aceptación (63); planificación (62); estos resultados muestran que las enfermeras al igual que los médicos poseen tipos de afrontamiento apropiados.

Gráfico N° 20



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Gráfico N° 21

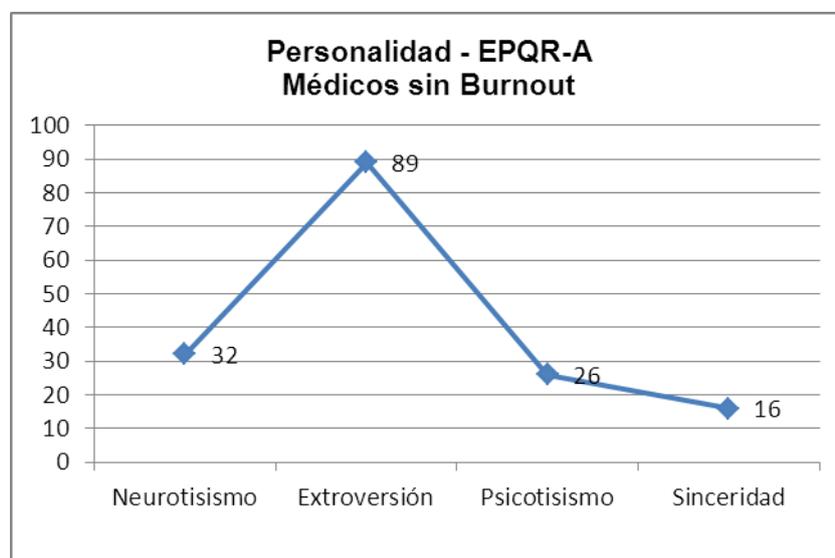


Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Entre los modos de afrontamiento que posee la enfermera con Burnout según los resultados del Gráfico N° 21 se puede mencionar entre los más puntuados a: auto distracción y replanteamiento positivo (8); planificación y aceptación (7); afrontamiento activo (6) lo que demuestra que a pesar de poseer el síndrome utiliza adecuados modos de afrontamiento contra el estrés. Por otra parte el gráfico muestra que existen modos de afrontamiento con mínima puntuación como son: uso de apoyo instrumental y humor (4); uso de apoyo emocional y desahogo (3); uso de sustancias y retirada de comportamiento (2).

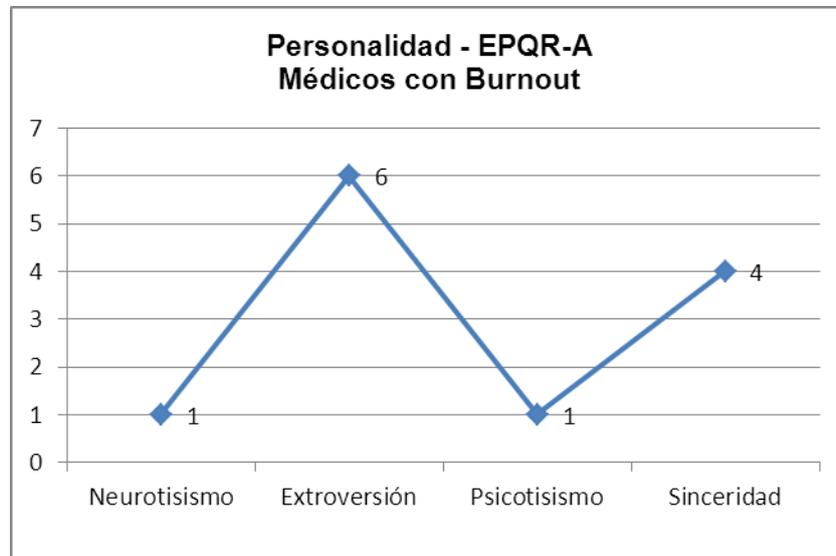
CUESTIONARIO DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD(EPQR-A) EN LOS MÉDICOS

Gráfico N° 22



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Dentro de los rasgos de personalidad según los resultados obtenidos se puede visualizar en el Gráfico N° 22 que la extroversión tiene 89 puntos, es el tipo de personalidad con la que mayormente se identifican los médicos sin Burnout lo que quiere decir que son personas sociables; además el rasgo "sinceridad" es el que menor puntuación obtuvo (16 puntos) por lo tanto este no es su punto fuerte.

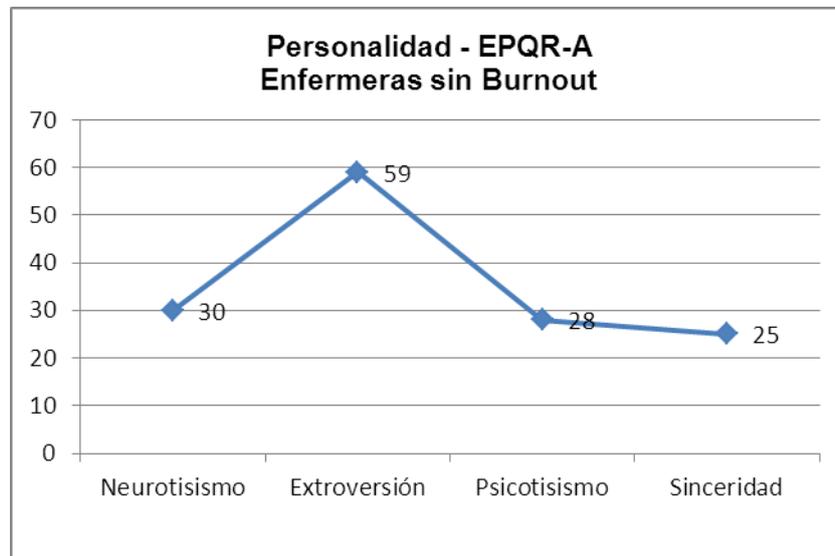
Gráfico N° 23

Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

En el caso con Burnout existen rasgos de personalidad bien definidos, presenta un alto puntaje en extroversión y es totalmente contrario al anterior ya que muestra una alta puntuación en sinceridad con lo que se puede deducir que la información proporcionada por el médico es altamente confiable.

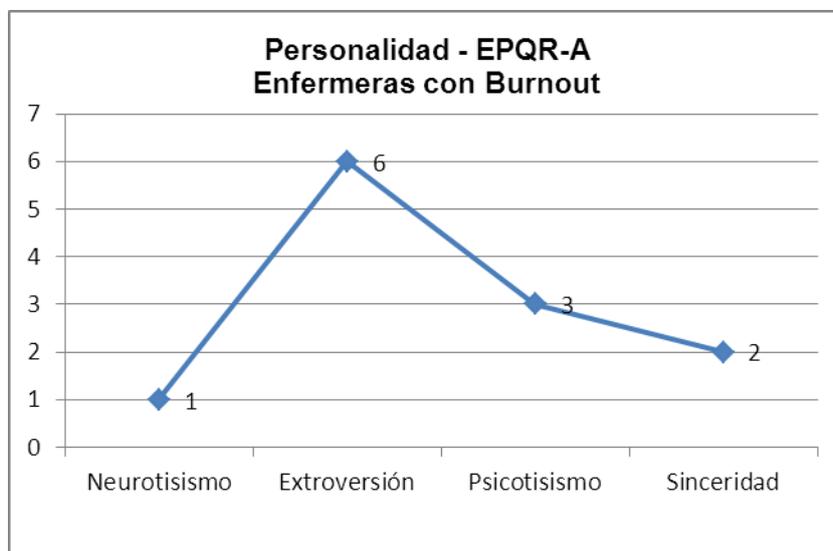
CUESTIONARIO DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD(EPQR-A) EN LAS ENFERMERAS

Gráfico N° 24



Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

Los rasgos de personalidad que presentan las enfermeras son similares a los de los médicos como se observa en el gráfico N° 24, ya que la más alta puntuación (59) se encuentra en "extroversión" es decir también se muestran como personas alegres, pero poco sinceras pues la puntuación que presenta es la más baja (25).

Gráfico N° 25

Fuente: "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Hospital "Alberto Correa Cornejo" y la Clínica de Especialidades Tumbaco.

El gráfico respecto a la personalidad del caso con Burnout, indica que rasgo más relevante también es "extroversión" con 6 puntos, así mismo dentro de la puntuación menor se encuentra la sinceridad con 2 puntos igual que en los casos anteriores.

6. DISCUSIÓN

El desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales encontrados en los profesionales que tienen un nivel alto y medio de cansancio emocional en nuestra muestra, coinciden con el modelo procesual de Leiter quien plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por este desequilibrio, provocando, cansancio emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. Y aunque el proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, en nuestra investigación este último se contradice ya que los profesionales exhiben un alto nivel en esta escala.

Hay que destacar también que son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome y de éstas, el *agotamiento emocional* es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc.

Según lo expuesto anteriormente y haciendo una comparación con los resultados del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicado en nuestra investigación, estas teorías coinciden con los profesionales que tienen una puntuación alta y media en el nivel de agotamiento emocional y más claramente se puede distinguir en los profesionales con burnout (un médico y una enfermera).

El agotamiento emocional relacionado con la insatisfacción laboral, en nuestros resultados se presenta como un factor importante de incidencia, sobre todo en lo que se refiere a la falta de apoyo que experimentan los profesionales por parte de los directivos y a la insatisfacción económica, corroborando a esto Hobfoll y Freedy (1993) en su teoría sobre el modelo de Intercambio Social.

A esto aportan también (Heu Ven y Bakker, 2003) diciendo que la sociedad ha sometido al sanitario en una excesiva demanda a cambio de un salario y sin más reconocimiento profesional, produciéndole esto despersonalización, estrés, sintomatologías psicosomáticas y burnout en el profesional.

Harrison (1983) manifiesta en su modelo de competencia social, que la motivación que lleva al profesional sanitario a ayudar al paciente, sin considerar lo que recibe a cambio, se produce en los primeros años de actividad profesional, esto se contradice con nuestros resultados ya que tanto el médico que posee burnout como los profesionales con altos niveles de agotamiento emocional tienen pocos años de experiencia laboral y, manifiestan insatisfacción laboral tanto en el trato con los pacientes, en el apoyo brindado por parte de los directivos, en la colaboración entre compañeros de trabajo como en su economía.

Corroborando a estos hallazgos lo que señalan Edelwich y Brodsky (1980), que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout. Esta teoría afirma los resultados encontrados en la mayoría de médicos de nuestra muestra que al tener varios años de experiencia laboral las motivaciones de las que hablan estos autores en estos profesionales han dejado de constituirse un estímulo para alcanzar sus objetivos; y, a pesar de contar con una cierta insatisfacción laboral, no presentan cansancio emocional significativo para la presencia del burnout.

Lee y Ashforth (1993b) concretan que la falta de apoyo organizacional está asociada específicamente con la dimensión de cansancio emocional. Sin embargo Sarros (1988b) defiende que es especialmente en la dimensión de despersonalización donde más se aprecia la influencia de esta variable. Nuestros resultados han encontrado afinidad con el primer autor ya que son los profesionales que manifiestan estar poco satisfechos con el apoyo de los directivos de la institución que están dentro de los límites de agotamiento emocional.

En cuanto a la dimensión de despersonalización experimentada por el trabajador, al parecer y como afirman algunos estudios, en nuestra investigación, esta se presenta como una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento, manifestando aquí el profesional actitudes y sentimientos negativos sobre los propios clientes, a veces manifestado por irritabilidad y respuestas impersonales.

Tomando en cuenta el aspecto de la realización personal en los profesionales de nuestro estudio probablemente no se han visto afectados y, a pesar de que los profesionales manifiestan tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, sentimientos de insuficiencia profesional, aparentemente el apoyo social se presenta como modulador en la presencia de burnout.

En contraste con el alto nivel de realización personal encontrados en esta investigación están las teorías de Lee y Ashfoth (1993) cuando subrayan que tanto la despersonalización como la baja realización personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional. Y, la de Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), cuando expresa que el proceso de *burnout* comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización

En lo que tiene que ver con las variables sociodemográficas en los estudios realizados del síndrome de burnout relacionado al género, Atance (1997) revelaba que las mujeres eran más susceptibles de presentar los síntomas del burnout, lo cual corrobora a los resultados obtenidos en esta investigación ya que la mayoría de profesionales que se encuentran con puntajes altos de agotamiento emocional son mujeres; pero debido a que la muestra de profesionales varones es muy reducida, no podemos afirmar totalmente esta teoría, porque existen otras hipótesis como la de Gil-Monte et al. (1996) que afirman que son los varones quienes presentan mayor vínculo entre la dimensión cansancio emocional y despersonalización, y estas estarían discrepando con nuestros resultados ya que los varones en este caso no presentan un alto índice de cansancio emocional.

En relación al estado civil con los niveles de Burnout, Guerrero (1998), constata que los solteros están más cansados emocionalmente y los casados están más realizados en el trabajo. Sin embargo en la presente investigación la mayoría de profesionales son casados y presentan puntajes significativos de agotamiento emocional; lo que también a nivel general estaría contradiciéndose con los aportes de Peiró (1992), quien manifiesta que los profesionales que tienen centros de interés social como la pareja, están menos afectados por el burnout. Pero en el análisis particular de los casos con burnout en esta investigación, la teoría de Peiró, se estaría afirmando en el

médico ya que este es divorciado y estaría en contradicción en cuanto la enfermera es casada.

Se ha tomado en cuenta también la variable de la edad debido a que algunos autores (Kahn, Wolofe, Quinn, y Rosenthal, 1964), explican que son los profesionales jóvenes los que se ven afectados por una ambigüedad de rol que se refiere básicamente a la incertidumbre sobre los diagnósticos y la toma de decisiones correspondiente; y, Tokars, Bremer y Peters (1979), han indicado que con frecuencia el estrés médico proviene de la ambigüedad de rol. Según estas teorías los resultados obtenidos en nuestra investigación coinciden dado que el caso del médico que posee el síndrome de burnout podría haberlo desarrollado según estas características, ya que es uno de los más jóvenes con 26 años de edad y 3 años de experiencia.

En este sentido también se pronuncian Naisberg y Fenning (1991) quienes afirman que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos burnout presentan, estos datos corroboran a los resultados de nuestra investigación que se refiere a los médicos que no presentan burnout cuyos años de experiencia laboral están entre los 15 y 34 años.

Para la variable con quien vive Leiter (1990) afirma que la familia y los compañeros de trabajo se complementan para aliviar el estrés laboral y prevenirlo; podríamos decir que esta teoría ratifica los resultados obtenidos en nuestra investigación ya que la mayoría de profesionales han manifestado que viven con otras personas lo que probablemente nos muestra que la implicación con los pares más cercanos hace que los profesionales tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales, conflictos emocionales y sean más realistas, constituyéndose este un aspecto protector del burnout.

Tomando en cuenta los tipos de contrato de los profesionales de las instituciones donde se tomo la muestra, los resultados muestran que el agotamiento emocional y la despersonalización están más presentes en los médicos que laboran con un contrato ocasional que en los nombrados. Así mismo los médicos nombrados tienden más hacia una realización personal que los médicos contratados. Esto estaría relacionado con la estabilidad laboral que gozan los profesionales nombrados que les da seguridad económica e institucional en el ámbito laboral y social. En consonancia con estos

hallazgos se puede mencionar la preocupación expresada en la conferencia nacional sobre medicina laboral, de manera especial en la intervención de Peter Richter, profesor de Psicología Organizacional de una Universidad en Friburgo-Suiza, en la que sostiene que los trabajadores independientes también están en peligro de adquirir el síndrome porque no tienen ninguna seguridad en el trabajo y estarían laborando con escaso apoyo social de directivos. Y la tendencia a desarrollar el trabajo independiente o mediante contratos aumenta los riesgos de agotamiento emocional, asegura Richter (2006).

Además un hallazgo importante en esta investigación es que la mayoría de médicos dicen estar bastante y totalmente satisfechos con el trabajo que realizan, lo que podría ser un factor mediador en la ausencia de burnout, y estos resultados estarían en contraste con lo que afirma Bellio (2002) al decir que el síndrome de burnout es el estrés que padecen los profesionales a partir de su tarea en su práctica profesional.

La falta de apoyo organizacional se configura como otra de las variables influyentes en el burnout, como entiende Firth (1987) la falta de empatía por quienes pueden ofrecer apoyo predisponen a la manifestación de éste. Esto afirma nuestros resultados al relacionar el apoyo de los directivos con el burnout ya que un porcentaje considerable de profesionales que presentan agotamiento emocional, manifestaron que recibían poco y nada de apoyo por parte de los directivos, lo que estaría también en consonancia con lo que han dicho otros autores, que la mayor causa de estrés en un ambiente de trabajo, ocurre cuando el modelo laboral es muy autoritario y no hay oportunidad de intervenir. Con referencia al aspecto económico si mencionamos únicamente a los casos de burnout (medico-enfermera), en nuestros resultados miramos que mencionan estar “poco y nada” satisfechos respectivamente con su situación económica. Esto resultados muestran que los factores tanto económico como de apoyo por parte de los directivos al tener altos porcentajes de insatisfacción podrían resultar como causales de los profesionales con problemas y síntomas de burnout.

Para la relación entre estado de salud mental y el burnout tomamos como referencia a Scheiber y Doyle (1983) quienes, afirman que existe un tipo de deterioro médico que tiene como una de sus causas, el estrés al que se siente sometido el profesional de la salud; entre los problemas que enumera están la irritabilidad, la dificultad para concentrarse, susceptibilidad, despersonalización y déficit de memoria.

Las malas políticas de salud, el contexto institucional, la cantidad excesiva de pacientes que recibe el hospital público, la falta de elementos de trabajo y el estrecho

salario de los profesionales han llevado a un contexto de sobre carga y problemas de salud para los médicos y enfermeras que adolecen en la aparición de los síntomas del burnout. Es así que en nuestro estudio con el apoyo del Cuestionario de Salud General (GHQ-28) se ha podido constatar en los profesionales de la salud como más resaltantes la presencia de síntomas psicosomáticos, problemas de ansiedad e insomnio y depresión.

Autores como Deckard y Field (1994) aseveran que la aparición de síntomas psicosomáticos en médicos y enfermeras se debe a la generalizada idea social que en ocasiones se tiene del profesional de la salud, al que se le reclaman ilimitados “poderes” para abordar problemas de difícil solución. Esto produce despersonalización, estrés, burnout y sintomatologías psicosomáticas en el trabajador y según Heu Ven y Bakker (2003), acompañado de cansancio y agotamiento. En cuanto a estas teorías y con relación a nuestros resultados se puede decir que se confirman dado el nivel de despersonalización presente en el médico con burnout y las manifestaciones de fatiga y agotamiento constante en algunos profesionales de la muestra.

Cabe mencionar que existe un porcentaje considerable de médicos (50%) sin burnout que se encuentran afectados o podrían estar presentando cuadros de ansiedad tales como dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad y síntomas psicosomáticos como dolores de cabeza, cansancio, escalofríos, etc. Probablemente la salud afectada aparece como un predictor significativo de agotamiento emocional.

En lo referente a los resultados hallados en el médico con síndrome de burnout y según Maslach y Jackson quienes manifiestan que el deseo de destacar y obtener resultados brillantes, puede desembocar en estados de ansiedad y frustración, estarían en contradicción ya que el profesional no presenta síntomas significativos de ansiedad.

En cuanto a la depresión Pérez, J. (2000) recalca que el sujeto en su afán por adaptarse y responder adecuadamente a un exceso en las demandas laborales y profesionales, se esfuerza de un modo intenso, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional. En consonancia con esta teoría están

nuestros resultados en cuanto se refiere al médico con burnout quien como dijimos anteriormente y afirmando lo que dicen otros autores con respecto a la edad y a los años de experiencia, seguramente estos son los motivos por los que presenta altos niveles de depresión, presentándose éste como principal causal en el desarrollo del síndrome en cuanto presenta una progresiva pérdida de energías, cansancio, etc., características propias de un agotamiento emocional.

La despersonalización como subescala del burnout presente en el profesional portador del mismo se manifiesta con síntomas de distanciamiento, cambio negativo en las actitudes y respuestas negativas hacia los demás, irritabilidad, etc.; aseveraría lo expuesto por Faber (1985) al decir que la depresión involucra en mayor medida sentimientos de culpa, mientras que el burnout: enfado, ira y respuestas encolerizadas

Podemos concluir afirmando lo mencionado con respecto a la relación depresión – burnout con los estudios realizados por Firth y Col (1986) a un grupo de enfermeros donde encontraron que el cansancio emocional estaba relacionado con la depresión.

Tomando en cuenta la incidencia del apoyo social en el burnout, existen algunas variables sociodemográficas de los profesionales encuestados; así tenemos que a pesar de que el estado civil, específicamente el estar casado no ha sido tomado en cuenta por algunos autores como una condición para que incida significativamente en las dimensiones del *burnout*, sin embargo consideramos que la ausencia de este síndrome en los profesionales de la salud, estaría marcada por el apoyo social recibido de la familia, por parte de la pareja o de los hijos.

También en el caso de la enfermera con burnout el apoyo social recibido por parte de sus hijos y familiares ha evitado que se desarrolle significativamente la escala de despersonalización al igual que ha contribuido en la ausencia de síntomas de ansiedad, insomnio, depresión y disfunción social.

Vale la pena aquí hacer énfasis en lo que se refiere al estado de salud de los profesionales en relación al apoyo social y según las afirmaciones de los estudiosos Cassel, Caplan y Cobb (1976) que describen la incidencia que tiene el apoyo social extralaboral sobre la salud de los profesionales. En este sentido encontramos coherencia entre esta teoría y nuestros resultados cuando dicen que la existencia de apoyo social adecuado disminuye los síntomas de enfermedad física o psíquica; así

tenemos que la mayoría de médicos y enfermeras sin burnout de nuestro estudio se encuentran dentro de los parámetros normales de salud mental.

Llama también la atención dentro de este estudio el nivel alto en las variables de apoyo social presentado por los profesionales con burnout ya que podría ser interpretado como la movilización del apoyo de los compañeros cuando en los profesionales aparece el estrés, es decir existe apoyo entre los profesionales, ayudando en cierta manera a los sujetos que se encuentran agotados emocionalmente.

En lo que se refiere al bajo nivel de apoyo emocional particularmente en los profesionales sin burnout, asumimos que probablemente esto se deba a lo expuesto en capítulos anteriores acerca de la falta de apoyo y valoración que experimentan los sanitarios por parte de los directivos de la institución. Al respecto podríamos tomar en cuenta la recomendación que hacen Matteson e Ivancevich (1997) de promover el apoyo social de compañeros, directivos, supervisores, amigos y familiares para contrarrestar la presencia de agotamiento emocional como iniciador del burnout en los profesionales.

Gil-Monte (1997) subraya que el apoyo social es un factor muy importante para prevenir o tratar el burnout, resultando estos aportes como válidos dentro de los resultados hallados debido a que todos los profesionales presentan porcentajes altos de apoyo social por lo que podríamos asumir que este sea un factor que ha disminuido el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumentando los niveles de realización personal, disminuyendo el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros en la mayoría de profesionales.

Finalmente podemos concluir diciendo que en esta línea de argumentación, la falta de apoyo social puede conducir al burnout (Leiter y Maslach, 1988) y al contrario un elevado nivel de apoyo social previene el desarrollo de este síndrome. Y, que el elevado nivel de apoyo social reconocido en los médicos y enfermeras ha influido positivamente sobre el estado de salud impidiendo una mayor incidencia de síntomas orgánicos, psíquicos y psicosomáticos.

Por otro lado, el síndrome de burnout se ha vinculado con la forma en que los trabajadores afrontan las situaciones estresantes (Castañeda & García, 2010). Acorde

con esto, en la presente investigación nos hemos planteado como objetivo conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas que atraviesan los profesionales de salud, encontrando que dentro de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los médicos de nuestra investigación se encuentran: auto distracción, afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación, aceptación, religión y culpa a sí mismo; y relacionando a este hallazgo con la presencia-ausencia de burnout podemos decir en concordancia con Gil-Monte (1997) que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos burnout que los sujetos que emplean estrategias de evitación o escape o centradas en la emoción; determinando en nuestra investigación que los resultados encontrados sobre las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la mayoría de profesionales, son de carácter activo, favoreciendo con esto en la ausencia del síndrome de burnout en la mayoría de profesionales.

Con referencia a las enfermeras también Ceslowitz (1989) después de realizar un estudio, expone que las enfermeras con bajo *burnout* emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo encontrándose dentro de éstas las estrategias utilizadas por las enfermeras de nuestra muestra como son: auto distracción, afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación, aceptación y religión; es decir las que están dirigidas al problema.

En conclusión podemos decir que el empleo de estrategias de afrontamiento activo, de control o centradas en el problema, previenen el desarrollo del burnout y las de afrontamiento pasivo, de evitación, escape y centradas en la emoción facilitan su aparición.

Otro de los propósitos de esta investigación fue identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud para determinar su influencia con el burnout. Los resultados obtenidos proyectan que la mayoría de profesionales se identifican con rasgos de personalidad extrovertida.

Para determinar la influencia de estos rasgos de personalidad con el burnout hemos atendido a numerosos estudios que han encontrado que los factores de personalidad predisponentes al burnout son el neurotismo y la extroversión; así encontramos que según los autores Judge, Heller, Mount (2002) el neurotismo, la extroversión y la escrupulosidad son los factores más fuertes con relación en el trabajo, que generan fuentes de estrés y por tanto una mayor predisposición al síndrome de burnout.

Ratifican estas teorías a los resultados de nuestra investigación, pues los profesionales que presentan estas características de personalidad tipo B, se encuentran con un nivel alto de agotamiento emocional, debido a la poca satisfacción laboral en cuanto ya mencionamos anteriormente, la falta de apoyo y reconocimiento por parte de los directivos, etc., pudiendo ser estos los factores que desencadenen el cansancio emocional tanto en médicos como en enfermeras sin burnout y de la presencia de burnout en los dos casos presentados en nuestra investigación.

Otro aporte importante a tomar en cuenta podría ser el de Hernández, Olmedo, Ibañez (2004) con referencia a la personalidad y los estilos de afrontamiento utilizados por los profesionales. En nuestro trabajo las personas con rasgos de personalidad tipo C; es decir aquellas con características introvertidas, apacibles que tienen un nivel de control en sus expresiones, que buscan establecer contactos interpersonales, presentan bajo nivel de agotamiento emocional posiblemente porque creen tener un buen clima laboral y utilizan como forma de afrontamiento la búsqueda de apoyo social centrado en el problema.

Para finalizar hay que considerar en los resultados el posible sesgo a la hora de medir las dimensiones del *burnout*, ya que puede ser que en la muestra estudiada no es representativa y el grado de sinceridad es demasiado bajo; posiblemente estos resultados no sean tan reales debido a que las políticas de reorganización y control laboral por las que atraviesa es sector de la salud a nivel Nacional, pudo influir en la veracidad de los mismos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a. Conclusiones

En esta investigación llegamos a las siguientes conclusiones:

- ❖ En esta investigación no se encontró un porcentaje significativo de profesionales con burnout; sin embargo se encontraron dos casos (un médico y una enfermera) que poseen este síndrome; y, además existe un número considerable de profesionales que poseen un porcentaje alto, medio y otros están en el límite en el nivel de agotamiento emocional; lo que hace suponer que en el proceso de desarrollo secuencial del síndrome ésta sea una de las afectaciones más tempranas. No se presentaron síntomas en la dimensiones de despersonalización y la mayoría de profesionales poseen un alto nivel de realización personal.
- ❖ Aparentemente el cansancio o agotamiento emocional está relacionado con algunas afecciones en la salud de los profesionales; entre las afecciones más resaltantes están la presencia de síntomas psicósomáticos, problemas de ansiedad e insomnio y depresión. Por lo que la salud se constituye un factor importante para el desarrollo de los profesionales en el ámbito laboral.
- ❖ El elevado nivel de apoyo social reconocido en los médicos y enfermeras ha influido positivamente en la ausencia de burnout en las instituciones de salud investigadas; es decir que la presencia de apoyo social se considera como un factor muy importante para hacer frente el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes.
- ❖ Las Estrategias de Afrontamiento más utilizadas por los médicos y enfermeras de nuestra investigación fueron: auto distracción, afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación, aceptación, religión y culpa a sí mismo; llamadas también de control o centradas en el problema han contribuido en la ausencia del burnout en los profesionales de la salud.
- ❖ En este estudio el rasgo de personalidad significativo presente en los profesionales es el rasgo de extroversión, se presenta también un sesgo en la información recolectada debido al bajo nivel de sinceridad tanto en médico como enfermeras;

acotando la veracidad de los datos en los profesionales con burnout cuyo nivel de sinceridad es más elevado que los profesionales que no presentan burnout.

b. Recomendaciones

Al concluir nuestra investigación podemos sugerir las siguientes recomendaciones a nivel personal e institucional:

- ❖ Se debería dar mayor importancia al estudio de estas sintomatologías que van apareciendo en los distintos ámbitos laborales desarrollando programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de trabajo y así de esta manera prevenir el cansancio o agotamiento emocional de los profesionales.
- ❖ Se hace necesario generar un ambiente laboral agradable, de buenas relaciones, en el que puedan compartirse emociones y sentimientos con los compañeros; además de mejorar las políticas de cada institución que vayan encaminadas a brindar a los profesionales un grado de satisfacción laboral y esto pueda ser un factor de desarrollo en la sociedad y en el país.
- ❖ A nivel personal un factor importante es la dedicación al esparcimiento, con jornadas de tiempo libre en las que se disfrute al máximo de actividades que propicien bienestar a la persona.
- ❖ Sería muy importante ampliar y profundizar las investigaciones acerca de la influencia de la personalidad en la aparición del síndrome de burnout, así como también los tipos de personalidad más vulnerables en el desarrollo de este.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez *et. al* (1991). El *burnout* síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. En *Burnout en profesionales sanitarios*. Recuperado el 10 de febrero del 2012, de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf
- Álvarez, G. y Fernández, R. (1991) Tesis Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado "Víctor Larco Herrera", 2007. Recuperado el 28 de febrero del 2012, de <http://es.scribd.com/doc/48195744/tesis-Lic-Arauco>
- Allport, G. (1997). *Los trastornos de la personalidad*. En Rubio, 2001. Sociedad Española. Recuperado el 10 de Febrero del 2012, de http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/general185/3410/
- Antonovsky, (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass. En *Personalidad Positiva y Salud* [versión pdf]. Recuperado el 10 de Febrero del 2012.
- Arana, M., et al. (2010) *¿Los Trabajadores de APS estamos quemados?*. En Centro de Atención Primaria de la Salud del Barrio Ameghino (Material inédito) Lujan – Buenos Aires. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.ameges.com.ar/documentos/trabaj.quemados.pdf>
- Aranda, B., C. *Relación entre variables sociodemográficas y laborales con las manifestaciones en salud, en médicos de dos instituciones de salud de Jalisco, México. En Anales de Psiquiatría. 2007; 23(6). Recuperado el 18 de Enero del 2012,* de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/diagnostico449/35658/>
- Aranda, B., C., Pando, M., y Pérez, María (2004) *Apoyo Social y Síndrome de Quemarse en el trabajo o Burnout: Una Revisión*. En *Psicothema*, año/vol.14, número 001. Recuperado el 02 de febrero del 2012, de Universidad Veracruzana Xalapa-México (pag. 79-87).
- Aranda, C. (2006). *Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)"* En: Japacy M. y Vinaccia S, *Acta Colombiana de Psicología* 10(2): 117-125,2007. Recuperado el 12 de Enero del 2012, de http://www.portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf
- Avendaño, C.; Bustos, P.; Espinoza, P.; García, F.; Pierart, T. (2009). «Burnout y apoyo social en personal del Servicio de Psiquiatría de un Hospital Público». *Ciencia y Enfermería* **15** (2): pp. 55-68.

- Barraza, J., et al. (2009). *Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit. Año 1. Vol. 1 Jun-Dic.* Juárez Chihuahua. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2009/wax091f.pdf>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social.* Siglo XXI de España (Ed).S.A. Madrid. En Revisión de Libros/Book Review. Recuperado el 23 de Enero del 2012, de <http://www.psicothema.com/pdf/116.pdf>
- Becomo, J., Paz, C. y Liebste, M. (2005). *Rasgos de Personalidad, Ajuste Psicológico y Síndrome de Agotamiento en Personal de Enfermería.* En Invest. clín. [online]. jun. 2004, vol.45, no.2 [citado 18 Mayo 2012], p.113-120. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332004000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0535-5133.
- Berasategui, C. (2010). *Proyecto de Investigación Factores de Riesgo Laboral Psicosocial y la Salud de las Enfermeras.* En Universidad Nacional de Córdoba Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería. Recuperado el 23 de Enero del 2012 de, http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/berasategui_claudia.pdf
- Betta Juan C., Manual de Psiquiatría , Buenos Aires, CEA, 1984, 8va. edición, pág. 207. <http://es.scribd.com/doc/71196320/Vocabulario-de-Psicologia>
- Boada, J., Vallejo, R. & Agulló, E. (2004). *El burnout y las manifestaciones psicossomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral.* Psicothema, 16, 125-131. Recuperado el 12 de Enero del 2012, de http://www.portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf
- Byrne, M.(1999). *Estrès y Burnout en profesores.* En Internacional Journal of Clinical and Health Psychology. Granada España. Recuperado el 12 de Febrero del 2012, de <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740309.pdf>
- Canguilhem, (1982). *Evaluación de la Aplicación de las Políticas Públicas de Salud en la ciudad de Cartagena.* En Biblioteca Virtual eumed.net. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm>
- CBP Psicólogos. *Centro de Bienestar y Psicoterapia.* Recuperado el 18 de Enero del 2012, de <http://www.cbp-psicologos.com/depresión-tipos-de-depresion.htm>
- Cherniss (1980). *El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa.* En CEGESTI, Éxito Empresarial. Recuperado el 12 de Enero del 2012,

de:

http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf

Cherniss. (1980) y Maslach (1982). *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. En Manual de Riesgos Psicosociales. Recuperado el 15 de Enero del 2012, de <http://www.es.scribd.com/doc/66707996/Manual-de-Riesgos-Psicosociales-en-El-Trabajo-Comprimido>

Dubos, R. (1956). *Evaluación de la Aplicación de las Políticas Públicas de Salud en la ciudad de Cartagena*. En Biblioteca Virtual eumed.net. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm>

Edelwich, Brodsky (1980). *Etapas del Síndrome de Burnout*. En Mansilla, F.(s,f.). Manual de Riesgos Psicosociales en El Trabajo. Recuperado el 15 de Enero de 2012, de <http://www.es.scribd.com/doc/66707996/Manual-de-Riesgos-Psicosociales-en-El-Trabajo-Comprimido>.

Felton, B.J. y Shinn, M. (1992). *Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level*. Journal of Community Psychology. 20: 103-115.

Fernández-Abascal, E. (1997). *Estudio sobre la escala de estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento (E3A)*. En Revista Electrónica de Motivación y Emoción. Recuperado el 21 de enero del 2012 de, <http://www.reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Folkan y Lazarus, (1985). *Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes*. En Revista Electrónica de Psicología Iztacala..Recuperado el 21 de Enero del 2012 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num1/art4vol10no1.pdf>

Freudenberger, H. (1974). *Burnout (Síndrome)*. Recuperado: el 08 de Enero del 2012 de [http://www.es.wikipedia.org/wiki/Burnout_\(s%C3%ADndrome\)#cite_note-13](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Burnout_(s%C3%ADndrome)#cite_note-13)

Gálvez, N. (2009). *Motivación y Frustración*. En Gestio Polis.com. Recuperado el 18 de Enero del 2012, d

Gómez y cols., 2001. "Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar". En Vinaccia, et al., 2005 Revista Redalyc. Recuperado el 28 de febrero del 2012 de, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29115205>

- González, R. y De la Gàndara, J. (s.f.). *El médico con burnout*. En SEMERGEN. Revista electrónica. Recuperado el 21 de Enero del 2012, de: http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/burnout_complet.pdf
- Herruzo, C., Moriana, J. (2004) "*Estrés y Burnout en profesores*". En Revista "Dialnet". Recuperado el 28 de febrero del 2012, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=990187>
- INSHT, (2001b). *NTP 705. Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): Consecuencias, evaluación y prevención*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. En Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo: Teoría y Práctica. Recuperado el 15 de Enero del 2012, de <http://www.ripsol.org/Data/Elementos/607.pdf>
- INSHT, (2006). *NTP 705. Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): Consecuencias, evaluación y prevención*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. En Manual de Riesgos Psicosociales en el Trabajo: Teoría y Práctica. Recuperado el 15 de Enero del 2012, de <http://www.ripsol.org/Data/Elementos/607.pdf>
- Jonhson, J, Hall E. Class, work and Elath.In Amick BC, Levin S, Taylor AR, Chapman D.Society and Health. New York. Oxford University Press. 1995
- Kobassa,(1982). *El Síndrome de Burnout.Evolución Conceptual y Estado Actual de la Cuestión*. En Vivat Academia. nº 112. Recuperado el 15 de Enero del 2012, de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOS.htm>
- Kyriacou y Sucliffe (1978). *Estrès y Burnout en profesores*. En Moriana J. y Herru J. ,(2004). *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Granada España. Recuperado el 12 de Febrero del 2012, de <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740309.pdf>
- Leithwood M., J. (1999).*Estrès y Burnout en profesores.En Moriana J. y Herru J. ,(2004). Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, septiembre, año/vol. 4, número 003. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Granada España. Recuperado el 12 de Febrero del 2012, de http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740309.pdf*
- López, R. y Ortega, C. (2003). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. En Dialnet Revista electrónica. Recuperado el 25 de Enero del 2012, de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf

- Mansilla, F. (s.f.). *Fase de Agotamiento Defensivo. El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. (Trabajo investigativo)*. En Psicología online. Recuperado el 15 de Enero del 2012, de http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_4.shtml
- Mansilla, F. (s.f.), Manual de Riesgos Psicosociales. Recuperado el 15 de Enero del 2012, de <http://www.es.scribd.com/doc/66707996/Manual-de-Riesgos-Psicosociales-en-El-Trabajo-Comprimido>
- Martínez, A., (2010) El síndrome de burnout, Evolución Conceptual y Estado Actual de la cuestión. En Vivat Academia 2010. Recuperado el 21 de Febrero del 2012 de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Martínez Navarro, Sandra del Carmen (2004). «Prevalencia de síndrome de Burnout y percepción de pacientes difíciles en personal de enfermería de los servicios de medicina y cirugía adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia 2003». *Chile*. pp. 53.
- Maslach y Jackson, (1981). *¿Los Trabajadores de APS estamos quemados?*. En Centro de Atención Primaria de la Salud del Barrio Ameghino (Material inédito) Lujan – Buenos Aires. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.ameges.com.ar/documentos/trabaj.quemados.pdf>
- Maslach y Leiter (1999). *Estrés y Burnout en profesores*. En Internacional Journal of Clinical and Health Psychology. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Granada España. Recuperado el 12 de Febrero del 2012, de <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740309.pdf>
- Maslach y Pines (1977). *¿Los Trabajadores de APS estamos quemados?*. En Arana, M., et al. 2010. Centro de Atención Primaria de la Salud. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.ameges.com.ar/documentos/trabaj.quemados.pdf>
- Maslach, (1976). *Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos*. En Palmer, Y. et al. *Salud Ment*, (2005). Recuperado el 18 de Enero del 2012, de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32083&id_seccion=1169&id_ejemplar=3301&id_revista=1
- Maslach, C. (1982). *Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)"* En: Japacy M. y Vinaccia S, *Acta Colombiana de Psicología* 10(2): 117-125, 2007. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Recuperado: 12 de Enero del 2012, de http://www.portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf

- Maslach, y Jackson (1981). *¿Los Trabajadores de APS estamos quemados?*. En Centro de Atención Primaria de la Salud del Barrio Ameghino (Material inédito) Lujan – Buenos Aires. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.ameges.com.ar/documentos/trabaj.quemados.pdf>
- Maslow, A. (1943). *Motivación y Frustración*. En Gestio Polis.com. Recuperado el 18 de Enero del 2012, de <http://www.gestiopolis.com/organizacion-talento/motivacion-y-frustracion.htm>
- Molina, Avalos y Giménez (2005). *Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz*. En Roth y Pinto (s.f.). Revista electrónica Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral, vol VIII, Nº 2. Recuperado el 10 de Febrero del 2012, de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v8n2/v8n2a04.pdf>
- Moreno, A. (2007). *Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes*. En Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Recuperado el 21 de Enero del 2012 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num1/art4vol10no1.pdf>
- Moreno, B., Garrosa, E., y Gálvez, M. (2005). *Personalidad Positiva y Salud*. En Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. (pp59-76) Bogotá: ALAPSA.
- Moriana, J. A. & Herruzo, J. (2004). *Estrés y burnout en profesores*. International Journal of Clinical and Health Psychology, Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). ISSN: 1697-2006. España. Recuperado el 12 de Enero del 2012, de <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740309.pdf>
- Moriana J. y Herru J.(2004). International Journal of Clinical and Health Psychology. Granada España. Recuperado el 12 de Febrero del 2012, de <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740309.pdf>
- Morris, Ch. (1992). *Introducción a la Psicología. (Ciudad)*. Editorial Hispano Americana S.A.
- Mushkin (1962) y Grossman (1972). *Evaluación de la Aplicación de las Políticas Públicas de Salud en la ciudad de Cartagena*. En Biblioteca Virtual eumed.net. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm>
- Núñez, S., Rodríguez, M., 2009. *Factores de riesgo psicosociales en el personal de enfermería de una institución hospitalaria oncológica*. Recuperado el 28 de febrero del 2012 de, http://www.bvsst.org.ve/documentos/tesis/tesis_DD77snunez.pdf

- Orozco, J. (2006). *Evaluación de la Aplicación de las Políticas Públicas de Salud en la ciudad de Cartagena*. En Biblioteca Virtual eumed.net. Recuperado el 20 de Enero del 2012, de <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm>
- Párraga, J. (2005) *Eficacia del programa I.R.I.S para reducir el Síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. [Tesis Doctoral, pdf].
- Pérez, M. (2000). *El "Síndrome de Burnout" ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la salud*. Recuperado el 02 de Febrero del 2012, de http://members.tripod.com/lucio_molas.ar/burn.htm
- Phares y Ritchie (1969), *Introducción a la Psicología*. En Psicología de Morris, Ch. (Ed. 7^{ma}). Editorial Hispanoamericana S.A.
- Pines, (1997). *On burnout and the buffering effects of social support*. En Gil-Monte P.R y J.M. Peirò S. (Eds.): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid. Recuperado el 02 de Febrero del 2012, de *Apoyo social y el SQT*. pdf
- Pines, y Anderson, (1980). *¿Qué es Burnout?*. En *Retos de la salud mental del siglo XXI en atención primaria. El médico con burnout*. Recuperado el 21 de Enero del 2012, de <http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/burnout.pdf>
- Población de riesgo. (s.f). *En Wikipedia, la enciclopedia libre de Burnout (Síndrome)*. Recuperado el 12 de Enero del 2012, de [http://www.es.wikipedia.org/wiki/Burnout_\(s%C3%ADndrome\)](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Burnout_(s%C3%ADndrome))
- Puentes, A. y Pulido, Ninfa (2010). *Personalidad y Ausentismo en trabajadores de Servicios Generales de una Universidad Pública*. En (Revista Electrónica) *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 15, No.1. Recuperado el 11 de Febrero del 2012, de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_2.pdf)
- Ríos, M. et al. (2011). *Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería*. En *Anales de Psicología* 2011, vol. 27, nº 1 (enero), 71-79. Recuperado el 12 de Febrero del 2012.
- Roger, F. (2011). *El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa*. En CEGESTI, *Éxito Empresarial*. Recuperado el 12 de Enero del 2012, de: http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf

- Roth y Pinto (s.f.) *Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz*. En Revista electrónica Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral, vol VIII, Nº 2. Recuperado el 10 de Febrero del 2012, de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v8n2/v8n2a04.pdf>
- Rudow, (1999). *Estrès y Burnout en profesores*. En Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, septiembre, año/vol. 4, número 003. Granada España. Recuperado el 12 de Febrero del 2012, de <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740309.pdf>
- Salud Ment. (2005). *Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anesthesiólogos*. Recuperado el 18 de Enero del 2012, de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32083&id_seccion=1169&id_ejemplar=3301&id_revista=1
- Thotis, P.A. (1982). *Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress*. Journal of Health and Social Behavior, 23: 145-149.

8. ANEXOS

ANEXO Nro. 2



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos PersonalesGénero Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD 3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD **Datos Laborales**Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

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 cuántas 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 del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alergias renales Quirúrgicos Cardiacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí 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.

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario (GHQ-28)

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

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

Anexo 2.3.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.4.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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