



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 la provincia de Tungurahua en el primer trimestre del 2012”.

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Gaibor Iza, Paulo César

DIRECTOR:

Espinosa Iñiguez, Jhon Remigio, Lic.

Centro Universitario: Ambato

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciado.

Jhon Remigio Espinosa

DIRECTOR 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 la provincia de Tungurahua en el primer trimestre del 2012**" realizado por el profesional en formación: **Gaibor Iza Paulo César**; 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.

f)

CC: 1103878011

Loja, Agosto del 2012

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

Yo Paulo César Gaibor Iza declarado ser autor del presente trabajo de fin carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular 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"

f) -----

Paulo César Gaibor Iza

1803890985

AUTORÍA

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

Paulo César Gaibor Iza

1803890985

Dedicatoria:

Quiero dedicar este trabajo y la obtención del título de psicología, a mi papá, el licenciado Víctor Gaibor, porque en su bondad, su sencillez y su alegría, encontré las mejores y más nobles cualidades de la naturaleza humana.

Agradecimientos:

A Dios, por darme un camino para realizar una misión, porque siempre he sentido la luz de su presencia, por no dejar que decaiga mi fe.

A toda mi familia, en especial a mi madre por su invaluable apoyo a lo largo de esta carrera, porque su mano estuvo presente en cada tarea, en cada trabajo, en cada paso de este recorrido.

A todos los médicos y enfermeras que colaboraron en este estudio, en especial al Dr. Gabriel Aguilar en SOLCA, por su apertura y su amistad.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, de modo particular a la Mg. Rocío Ramírez, al Lic. Julio Alvarado y al Lic. John Espinosa, por toda su ayuda, por darnos la voz de aliento en el final de nuestros estudios, por ser el ejemplo a seguir en el inicio de nuestra profesión.

Índice de contenido

PRELIMINARES	i
<i>Dedicatoria:</i>	v
<i>Agradecimientos:</i>	vi
1.-RESUMEN.....	1
2.-INTRODUCCIÓN.....	2
3.-MARCO TEÓRICO.....	4
3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	5
a) Definiciones del burnout:.....	5
b) Modelos explicativos del Burnout.....	6
c. Delimitación histórica del síndrome del burnout	7
d) Poblaciones propensas al burnout.....	9
e) Fases y desarrollo del síndrome del burnout	9
f) Características, causas y consecuencias del burnout.....	11
g).- <i>Prevención y tratamiento del síndrome del burnout</i>	14
a) Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales.....	15
b) <i>Burnout y la relación con la salud</i>	20
c) <i>Burnout y el afrontamiento</i>	24
d) <i>Burnout y se relación con el apoyo social</i>	28
e) <i>Burnout y la relación con personalidad</i>	32
4. METODOLOGÍA	39
4.1. <i>Diseño de Investigación</i>	40
<i>Objetivo general:</i>	43
<i>Objetivos específicos:</i>	43
4.2. <i>Participantes</i>	43
4.3. <i>Instrumentos</i>	45
5.-RESULTADOS OBTENIDOS	49
5.1 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA POBLACIÓN DE MÉDICOS SIN BURNOUT	50
a)- CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL.....	50
b) <i>SUBESCALAS DEL BURNOUT</i>	64

d) ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	69
e) APOYO SOCIAL.....	71
f) RASGOS DE PERSONALIDAD:	73
5.2 RESULTADOS OBTENIDOS POBLACIÓN CON BURNOUT.....	73
a) CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL.....	73
b) SUBESCALAS DEL BURNOUT	74
c.-ESTADO DE SALUD GENERAL.....	75
d) ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	75
e) APOYO SOCIAL.....	77
f) PERSONALIDAD.....	78
5.3 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA POBLACIÓN DE ENFERMERAS SIN BURNOUT.....	79
a) CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL.....	80
b) SUBESCALAS DEL BURNOUT.....	91
c) ESTADO DE SALUD GENERAL	93
d) ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	95
e) APOYO SOCIAL.....	97
f) RASGOS DE PERSONALIDAD:.....	98
6.-DISCUSIÓN DE RESULTADOS	100
7.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	111
a) Conclusiones.....	112
b) Recomendaciones.....	115
8.-Bibliografía.....	117
a) Páginas Electrónicas.....	118
b) Artículos electrónicos.....	118
c) Textos.....	121
9.- ANEXOS	122

1.-RESUMEN

La presente investigación, tiene el objetivo principal de identificar el nivel de burnout en los profesionales de la provincia, y como objetivos específicos respecto de los profesionales de instituciones sanitarias, busca determinar su estado de salud mental, identificar el apoyo social procedente de la red social, conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas, e identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de salud identificados con el burnout.

Se ha realizado un estudio cuantitativo, transversal, correlacional, con, 15 médicos y 15 enfermeras de diferentes casas de salud en la provincia de Tungurahua tanto del sector urbano como del sector rural.

En la población de enfermeras no se encontró el síndrome y en la población de médicos sólo fue posible detectar un caso, que como característica distintiva presentó un mayor grado de despersonalización y un alto nivel de insatisfacción en la interacción con sus colegas y directivos.

Esta investigación constituye una herramienta adicional para el estudio del tema y también para la revisión de políticas de prevención del síndrome en el personal de las instituciones sanitarias.

2.-INTRODUCCIÓN

Pedro Gil Monte, (2005, citado en Bosqued, 2008, p.21) destacado investigador de la temática, ha definido el síndrome del burnout como *“una respuesta al estrés laboral crónico que incide en los profesionales del sector de servicios que trabajan hacia personas”*, caracterizado por el deterioro cognitivo, desgaste psicológico y aparición de conductas negativas en el trabajo.

Según Marisa Bosqued (2008), hay un consenso generalizado acerca de los tres componentes fundamentales del síndrome de desgaste profesional, y son: el agotamiento emocional (disminución de recursos emocionales para enfrentarse a los retos de su labor), la despersonalización (entendido como la insensibilidad y deshumanización frente a los usuarios del trabajo) y la baja realización personal (que conlleva una autovaloración negativa por el desempeño en el trabajo).

Este síndrome no sólo afecta al empleado que lo sufre, sino también a la empresa para la cual trabaja; de acuerdo a la American Psychological Association el 60% del absentismo laboral en USA se debe al estrés relacionado al trabajo, y su costo anual asciende a 57 billones de dólares (Alvarez 2012)

De acuerdo a una investigación recopilatoria de Abigail Fernández (2011) , en un estudio de la epidemiología del síndrome de agotamiento profesional ,éste se ha identificado principalmente en profesiones orientadas al servicio y se ha estudiado desde hace varias décadas en diversos países ,según trabajos realizados en el 2003, en España afectaría al personal de enfermería en un 18% , y a un 71% de los médicos , en Chile se registra en un 30% del personal médico, en Perú según datos registrados en el 2004 afecta a un 48% de las enfermeras y en Brasil a un 54% de los médicos pediatras investigaciones más recientes en el 2009 revelan que el 26% de las enfermeras de cuidados oncológicos presentan también la epidemiología de este síndrome.

La constitución ecuatoriana establece que el trabajo es fuente de realización personal (art33), y que toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente propicio que garantice su salud y bienestar (art 326 numeral 5), y el artículo 118 de la

vigente ley orgánica de salud determina que los empleadores protegerán la salud de sus trabajadores, dotándoles de información suficiente a fin de prevenir, disminuir o eliminar la aparición de enfermedades laborales, entre las cuales por supuesto incluimos al burnout puesto que la OMS, en la décima revisión de la Clasificación internacional de enfermedades, ha incluido el síndrome dentro de los trastornos mentales y del comportamiento, dentro del apartado reservado a problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (Bosqued,2008,p.25).

El objetivo principal de esta investigación, es identificar el nivel de burnout en los empleados de instituciones sanitarias, puesto que el contexto de la prestación de servicios hospitalarios resulta más que necesaria la investigación sobre la naturaleza de síndrome y sus efectos potenciales en la salud y bienestar de los trabajadores, de modo que sea posible contribuir con la creación de ambientes laborales que garanticen y protejan la salud de sus trabajadores, entendida ésta como el adecuado equilibrio fisiológico, mental y social, al que tienen derecho todos los seres humanos.

El presente estudio se realizó en la ciudad de Ambato y en el cantón Cevallos de la Provincia de Tungurahua en los meses de Enero y Febrero del año 2012, se aplicó el Malasch Burnout Iventory, y para las variables correlacionadas se aplicaron el cuestionario de salud mental GHC28, una escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento, el cuestionario MOS de apoyo social, y el cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R).

Dichos instrumentos tienen por objeto, identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y las variables asociadas al mismo, tales como las características socio demográficas, el estado de salud mental, el apoyo social percibido por parte de los trabajadores de la salud, sus estilos de afrontamiento y sus rasgos de personalidad.

El informe se estructura con una revisión de los aspectos teóricos de la investigación, a descripción de los métodos empleados en la recolección de datos, para posteriormente enunciar los resultados obtenidos, lo que a su vez nos permitirán emitir un juicio crítico como síntesis de este trabajo de investigación.

3.-MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

a) Definiciones del burnout:

Se define al Burnout síndrome de "estar quemado", "sobre carga emocional", como un cuadro de desgaste profesional, caracterizado por una progresiva pérdida de energía, desmotivación por el trabajo y una menor sensibilidad hacia lo pacientes que se manifiesta en un trato distanciado y frío (Bosqued, 2008).

Para, Pines, Aronson y Kafry (1981), *citado por Llaneza Álvarez (2006)* definen el burnout como *"un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente"*.

Este síndrome acumula respuestas a situaciones de estrés que provocan tensión al interactuar con otras personas, puede llegar a causar incapacidad total para volver a trabajar. El personal en el ámbito de la salud llega a tener fuertes conflictos estresantes debido a jornadas extenuantes, el empoderamiento de conflictos ajenos entre otras causa, sin embargo no son los únicos que padecen dicho síndrome. (Zamora Granados/ n.d)

Desde el ámbito psicosocial se lo considera como un fenómeno, conceptualizado por los investigadores como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.(Marrau ,2004.pág55)

Es en sí una situación de agotamiento de la energía y de los recursos emocionales propios, una vivencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

Gil-Monte y cols. (1998) han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional, así como en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. (Gil-Monte, P. R. 2001, 25 de julio)

b) Modelos explicativos del Burnout

Siguiendo la clasificación propuesta por Anabella Martínez, y otros investigadores consideramos pertinente establecer una reseña de las diferentes perspectivas teóricas que se han utilizado para explicar la etiología del síndrome, de modo que sea posible englobar el conjunto de variables relevantes que caracterizan a cada modelo.

De acuerdo con la obra citada, los principales modelos explicativos del burnout serían:

Modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo

Para estos modelos la etiología del síndrome se basa en dos aspectos fundamentales:

- Las cogniciones influyen en la manera de percibir la realidad y se retroalimentan de ella
- El empeño en la realización de objetivos esta determinado por el grado de autoconfianza

Dentro de esta perspectiva estarían incluidos los modelos de la competencia social de Harrison, de Charniss y el modelo de Thompson, Page y Cooper; dichos modelos dan una gran importancia a las variables del self , entre las cuales se incluyen la autoconfianza o el autoconcepto. (Martínez ,2010).

Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social

Estos modelos que proponen que el síndrome tiene su origen cuando los individuos perciben que en el intercambio de sus relaciones cotidianas entregan mucho más de lo que reciben ,lo cual conlleva a la incapacidad para la resolución de problemas y una consecuente aparición del síndrome (Hernández, T. et al,2007)

Los autores que elaboran su modelo desde este enfoque son: El modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli y el de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy . (Martínez ,2010)

Modelos diseñados desde la teoría organizacional

Consideran al burnout como una respuesta al estrés laboral, estos modelos recalcan la importancia de factores como el contexto de la organización (estructura, clima de trabajo, conflictos, percepción de apoyo) y las estrategias de afrontamiento empleadas cuando surgen los factores relacionados con el síndrome .Comparten este enfoque el modelo de Golembiewski,Munzenrider y Carter y el modelo de Winnubst(*Hernandez, T. et al,2007*)

Modelos interaccionistas:

Dentro de los cuales se encuentran los estudios de Gil Monte y Peiró (2001) que señalan que la aparición del burnout se ve facilitada por la interacción entre los diversos tipos de variables.

c. Delimitación histórica del síndrome del burnout

El origen histórico del término Burnout se deriva de la novela de Graham Green “A burn out case” que fue editada en 1961 y que narra la historia de un abrumado arquitecto que decide abandonar su profesión y trasladarse al África. La palabra se empezaría a utilizar en la literatura especializada sobre el estrés laboral a partir de los años setenta . (Hernández, T. et al,2007)

Posteriormente su utilización se iría popularizando para describir la experiencia de profesionales cuya misión se encuentra orientada al servicio de modo que asumen responsabilidad por los problemas de otras personas. El proceso descrito en forma de síndrome se ha venido estudiando en los últimos 30 años y ha tenido que afrontar las dificultades derivadas de la complejidad para establecer una definición precisa sobre el mismo dada la propia naturaleza de las variables implicadas en su aparición. (*Hernández, T. et al,2007*)

En 1974 en estados unidos el psiquiatra Herbert Freudenberger describe por primera vez este síndrome de carácter clínico en base a su observación de que los voluntarios que trabajaban con drogo dependientes, tras su primer año de actividad, sufrían paulatinamente una pérdida de energía que los llevaba al agotamiento y desmotivación por su trabajo, dicho autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y más distantes en su relación con los pacientes (Bosqued, 2008).

En 1976 la psicóloga social Christina Maslach utiliza el término para hacer referencia al “proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional al desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros de trabajo” (*Hernandez, T. et al,2007*)

En 1981 y fruto de años de investigación aparece el MBI (Maslach Burnout Inventory) , posteriormente en 1986 (junto con Jackson) realizó una definición más contundente (pues conceptualizaron el burnout como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso (Ortega Ruiz y López Rios.2003,págs. 138,139), y es considerada como la más efectiva y precisa en este campo de estudio.

Cabe destacar que es a partir de la investigación de esta autora y sus colaboradores que el tema adquiere verdadera relevancia desde el punto de vista académico, pues una vez difundido el término aparece en publicaciones profesionales donde se destaca la importancia del factor personalidad (perfeccionismo, idealismo e implicación disfuncional con el trabajo). (*Hernandez, T. et al,2007*)

La necesidad de desarrollar estudios y mecanismos de prevención se viene incrementando por la actual tendencia de organizaciones públicas y privadas a prestar mayor atención al factor humano como un elemento determinante para el logro de su

objetivos, así como a su deseo de brindar mejores condiciones de clima laboral para sus empleados y de prestación de servicios para sus usuarios.

d) Poblaciones propensas al burnout

Si bien en principio el Burnout puede afectar a cualquier grupo ocupacional, son más propensas a experimentarlo las profesiones que exigen estar en contacto directo con personas con las que hay que comprometerse emocionalmente, labores que demandan entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás.

Dentro de los grupos profesionales con dichas características podemos encontrar a profesionales sanitarios (médicos, psicólogos clínicos, enfermeras, auxiliares) personas dedicadas a la enseñanza y otros sectores laborales como trabajadores sociales, policías, funcionarios penitenciarios, burócratas y gente que asume funciones de atención al cliente. (Bosqued, 2008).

e) Fases y desarrollo del síndrome del burnout

De lo observado en el apartado anterior se desprende que sea en las organizaciones públicas en donde este síndrome puede encontrarse con mayor frecuencia, puesto que en las mismas el trabajador está en contacto permanente con los usuarios destinatarios del servicio, como hemos mencionado los grupos especialmente propensos son los profesores en escuelas y universidades, médicos y enfermeras en clínicas y hospitales, policías en agencias de seguridad pública, aunque por supuesto existen otros colectivos profesionales en los que el síndrome puede aparecer (Hernandez, T. et al, 2007)

Las pioneras del estudio del burnout Cristina Malsash y Susana Jackson, centraron su atención en profesionales dentro del servicio público, en las que el profesional debe ajustar su ritmo de trabajo y las creencias sobre el mismo a las expectativas de la organización, estando el cumplimiento de las metas subordinado muchas veces a factores fuera del control del empleado, lo que paulatinamente genera desilusión y podría desencadenar en el posterior apareamiento del síndrome. (Hernández, T. et al, 2007)

Dentro de este proceso además se ha establecido que los síntomas de estrés suelen preceder al apareamiento del burnout (aunque no necesariamente), como sabemos el estrés es una respuesta psicofisiológica que surge ante el desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos de los cuales dispone el individuo para llevarlas a cabo

Sabemos que el estrés en una adecuada “dosificación” en si mismo puede ser también un impulsor que puede motivar a las personas a desempeñarse en todo su potencial, pero sin embargo puede con facilidad sobrepasar las propias capacidades del individuo generando entonces respuestas disfuncionales y generadoras de malestar.

Integrando los diversos estudios que describen la transición se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome. (Se toma como base el trabajo de Fidalgo Vega/n.d, más algún comentario adicional de otros autores)

Fase inicial, de entusiasmo

Caracterizada por las diversas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral. El entusiasmo es una respuesta favorable y gratificante. (Brodsky 1980, citado por Hernández, T. et al,2007)

Fase de estancamiento

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

Fase de frustración

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer

problemas emocionales, fisiológicos y conductuales, esta fase viene considerada como el núcleo del síndrome(Hernández, T. et al,2007)

Fase de apatía

En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos frente a la frustración.

Fase de quemado

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

f) Características, causas y consecuencias del burnout

Características

Dentro de las características del síndrome enunciadas en el trabajo de Hernández y otros (2007) podemos encontrar: sentimientos de autoeficacia reducida, desánimo, despersonalización y fatiga vinculado a demandas tanto vívidas como excesivas en el ámbito laboral, a lo cual se añade el desequilibrio entre los recursos y las demandas el entorno, el desarrollo de fatiga emocional y el cambio de comportamiento hacia otros

Sin embargo, siguiendo con el criterio de Tirso Javier Hernández (2007) ,las características principales del síndrome se desprenden de la propia definición otorgada por Maslash y Jackson que delimitaron el síndrome como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que pueden ocurrir frecuentemente en trabajos que implica atención o ayuda a otras personas.

El agotamiento emocional se refiere al estado afectivo y sensaciones del individuo que empieza a sentir carencia de ánimo y de recursos emocionales, la despersonalización en

cambio se caracteriza por actitudes y sensaciones negativas respecto de los demás y la baja realización personal, estaría determinada con la insatisfacción por el propio trabajo y una mala opinión del desempeño en general.

Causas

Dentro de los factores que predisponen el apareamiento del síndrome hay que considerar diversas variables, como sabemos la aparición de un estado psicológico disfuncional no tiene una relación de causalidad directa e infalible sino que generalmente suelen desencadenarse por la confluencia de varios factores, de acuerdo a Waldemar Karkowski, 2001 citado por (Hernández, T. et al,2007) , dichas variables causales estarían determinadas por las siguientes características:

Tabla 1 Título características y actitudes

Características biográficas	Características Personales	Características laborales	Actitudes relacionadas al trabajo
Edad Género Experiencia laboral Estado civil	Resistencia Orientación del control Autoestima Neurosis extroversión	Carga de trabajo Presión del tiempo Conflictos y ambigüedad Contacto directo con el cliente Apoyo social de compañeros y superiores Poder en la toma de decisiones Autonomía	Altas expectativas Tensión, exigencias excesivas

Fuente: (Karkowski ,W,2001

Autores: (Hernández, T. et al, 2007)

El origen del burnout podemos situarlo en las demandas de interacción en el trabajo, que cuando son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones para que actúen otras fuentes de estrés y produzcan un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del Burnout. (FidalgoVega/.n.d)

Por ello Fidalgo Vega (n.d) señala que la exposición a causas de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés y a variables como carga de trabajo, recursos disponibles, falta de control y autonomía, ambigüedad de rol, malas relaciones laborales, falta de apoyo social, falta de formación laboral, pueden constituirse en factores de riesgo.

Consecuencias

Tabla 2 / *Síntomas descriptivos del Síndrome*

Aspectos de incidencia del Burnout			
Emocional	Cognitivo	Conductual	Social
Depresión. Indefensión. Desesperanza Irritación. Apatía. Desilusión. Pesimismo. Hostilidad.	Pérdida de significado y de valores. Desaparición de expectativas. Cambio del auto concepto.	Evitación de responsabilidades. Absentismo. Conductas inadaptables. Desorganización. Sobre implicación. Evitación de decisiones. Aumento del uso de sustancias estimulantes.	Evitación de contactos. Conflictos interpersonales. Mal humor familiar, aislamiento. Formación de grupos críticos. Evitación profesional.

Fuente Buendía y Ramos,(2001; 60)

Autora: Martínez Anabela (2010)

Como se puede apreciar en la tabla, las consecuencias del burnout se manifiestan en diversas esferas de la vida del individuo, según Buendía y Ramos citado por Martínez Anabela (2010), los principales síntomas descriptivos del burnout se generan a nivel emocional, cognitivo, conductual y social.

A esta descripción por supuesto se deben añadir las consecuencias manifestadas a través de la presencia de síntomas fisiológicos (físicos) que incluyen, fatiga crónica, insomnio, tensión muscular, alteraciones en el apetito, dolores de cabeza, trastornos cardíacos y gastrointestinales, hipertensión y el empeoramiento de enfermedades previas. (Bosqued, 2008).

g).-Prevención y tratamiento del síndrome del burnout

De acuerdo con María Bosqued (2008), las estrategias para prevenir el apareamiento de Burnout o para superarlo cuando se halla instalado en algunas de sus fases, incluyen la realización de cambios tanto a nivel individual como organizacional

Entre los factores de tipo individual esta autora menciona: dejar atrás la negación, la autoinculpación y asumir que existe el problema como primer paso en la búsqueda de una solución, es necesario que la persona pueda identificar los factores de riesgo del apareamiento del síndrome tales como actitudes negativas o la influencia de un entorno laboral estresante.

De igual manera, señala que a nivel personal, se necesita mejorar ciertos hábitos en el estilo de vida entre ellos:

- Una adecuada distribución de tiempo
- Planificación de las actividades diarias
- Realizar actividades placenteras y relajantes
- Realizar actividades físicas permanentes
- Cuidar la alimentación
- Evitar ambientes tensionantes
- Dormir y reposar suficientemente

De igual modo, para María Bosqued (2008), es importante: cultivar el optimismo, la empatía y la asertividad, liberarse del miedo irracional al fracaso, el equilibrio emocional, fomentar la autoestima, valorar de modo realista las expectativas laborales, evitar el auto menosprecio, la apertura al cambio, buscar apoyo emocional, y mejorar las habilidades interpersonales.

En cuanto a los factores de tipo organizacional, María Bosqued (2008) señala que se necesita que en el entorno de trabajo se establezcan con claridad los roles profesionales, adecuar la carga laboral a las capacidades de cada trabajador, mejorar la comunicación, valorar el trabajo realizado, conferir control sobre las decisiones laborales y promover estilos directivos que armonicen los logros de la empresa con el bienestar individual

Un factor de tratamiento de tipo individual sería el entrenamiento en técnicas de relajación y la identificación de las creencias negativas que subyacen a los pensamientos estresantes, de ansiedad, o tristeza.

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

a) Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales

Como hemos visto hasta ahora el apareamiento del burnout resulta ser multidimensional en su origen de modo que existen diversas variables que podíamos considerar como factores de riesgo que eventualmente pueden desencadenar en el burnout, este conocimiento resulta particularmente útil no solamente en el marco de la investigación, sino también para tener una mejor base de información que nos ayude como profesionales para una mejor gestión de estos factores al interior de las instituciones.

Con base en el trabajo de Anabella Martínez (2010), las variables más relevantes estarían configuradas a nivel individual y, social

Variables individuales

El burnout aparece ante la frustración del deseo original de una persona de realizar una labor significativa, sumada a un alto nivel de entusiasmo inicial, la baja remuneración, la falta de apoyo institucional, y el ser empleado joven (poca experiencia) que son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de burnout (Martínez (2010, pág.10).

En cuanto a la variable familiar, se ha observado que las personas que tienen hijos son más resistentes al burnout en cuanto la familia proporciona un espacio de respaldo para el afrontamiento de problemas, y también porque la presencia de los hijos generaría expectativas más realistas frente a la posición que se desempeña, sin embargo de que otros autores, argumenten que a mayor número de hijos existiría un mayor estrés ocupacional (Martínez 2010)

Respecto al género se observa que las mujeres son más susceptibles de contraer el síndrome de cansancio emocional, ya en general están peor situadas que sus colegas varones en cuanto a oportunidades disponibles, capacidad de decisión y nivel de ingresos, aunque habría que considerar otras variables como el nivel de responsabilidad fuera del lugar de trabajo.

El alto nivel de implicación de las personas aparece también como un predictor significativo junto al estilo de afrontamiento de problemas y cálculo de los beneficios laborales, la personalidad capaz de resistir al estrés también se considera un factor fundamental como predictor del apareamiento del síndrome.

Variables sociales.

De acuerdo con la investigación de Anabella Martínez (2012):

“las relaciones sociales dentro y fuera del trabajo pueden tanto ser un factor que contribuya a reducir el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés” (Martínez, 2010, pág. 12), sin embargo el apoyo social redundante en la integración de los individuos, y en su percepción de fuentes de ayuda, orientación o apoyo logístico.

En este sentido, las relaciones familiares o de amigos son importantes en cuanto le permiten a la persona sentirse apreciada, querida y cuidada, el apoyo en el hogar reduce los efectos del estrés de la vida cotidiana, ayudando a mantener un buen estado de ánimo, motivación y autoestima.”

En cuanto a los factores de riesgo dentro de la organización, Martínez (2010) incluye los relacionados con la demanda laboral, el control, las condiciones materiales de trabajo, la inseguridad laboral, las relaciones con el resto del personal de la organización.

Fidalgo Vega (n.d) describe las variables de riesgo a nivel de la organización de la siguiente forma:

- Estructura de la organización jerarquizada , rígida y burocratizada
- Falta de apoyo instrumental de la organización
- Falta de coordinación entre unidades
- Falta de capacitación
- Relaciones conflictivas entre el personal
- Falta de reconocimiento laboral
- Sobrecarga de trabajo
- Labores repetitivas o eternamente inconclusas
- Insatisfacción laboral
- Falta de autonomía en la toma de decisiones

Motivación laboral

La motivación en el trabajo se define como un proceso mediante el cual un trabajador, impulsado por fuerzas tanto internas como externas, inicia, dirige y mantiene una conducta orientada a alcanzar determinados incentivos que le permiten la satisfacción de sus necesidades , en equilibrio con las metas de la organización.(Romero 2005).

Entendida así como un proceso, es decir, como una secuencia interconectada de eventos que parten de una necesidad y culminan con la satisfacción de la misma.

La motivación se inicia cuando el individuo toma conciencia de alguna carencia o que desea corregir, las necesidades percibidas estarán en relación del entorno del trabajador , sus deseos , aspiraciones y en cierto grado estarán también determinadas culturalmente, de modo que dicha necesidad se convierte en un deseo específico, y la persona optará por los diversos incentivos que piensa llenarán dicho deseo, y orienta su conducta hacia la consecución de los mismos , si lo logra la necesidad original quedará satisfecha , pero si no lo consigue) sobreviene la frustración. (Romero, 2005)

Dentro de este ciclo cabe destacar que hay necesidades que pueden satisfacerse más rápidamente que otras, dentro de los principales factores a considerar dentro de la motivación laboral se encuentran (Anónimo,n.d) :

- El dinero, que es en la sociedad actual un principal impulsor de la actividad laboral, pero que de acuerdo a la perspectiva de Maslow estaría en la escala más baja de la jerarquía de necesidades , de modo que será un motivador más fuerte para un trabajador preocupado por la subsistencia personal o familiar que para un empleado que tenga sus necesidades cubiertas)
- El reconocimiento dentro de la empresa.(que debe entenderse como proporcional a la tarea realizada).
- La responsabilidad sobre el trabajo, que corresponde a la formación y las capacidades de cada uno.
- El reconocimiento social, puesto que un trabajo valorado y reconocido por la sociedad es una fuente de motivación por sí mismo.

Satisfacción laboral

Robbins (1999) citado por Ramírez y Lee Maturana,(2009,pag 4) señala que “ la Satisfacción Laboral es la diferencia entre la cantidad de recompensas que los trabajadores reciben y la cantidad que ellos creen que deberían recibir, esto representa una actitud más que un comportamiento” las variables relacionadas con la satisfacción personal serían un trabajo mentalmente desafiante, recompensas equilibradas , condiciones institucionales favorables y apoyo de los compañeros , adecuación entre el

perfil de personalidad y el puesto laboral, el mismo autor citado indica que una alta satisfacción en el puesto laboral incide en una mayor productividad, menor ausentismo y rotación laboral.

Investigaciones realizadas

Tanto por su actualidad como su proximidad con el tema, en este apartado nos referiremos a la investigación realizada por Mauricio Ramírez Pérez y Sau Lyn Lee Maturana, para la Universidad de Tarapacá en Arica, Chile, titulada “Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral”

En este trabajo se investigaron en la localidad de Arica a 233 trabajadores de la educación, el comercio, trabajadores de la salud y de la administración pública.

Con la aplicación de varios instrumentos, este trabajo se proponía encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a las variables asociadas al síndrome de Burnout, a la percepción del clima y la satisfacción laboral.

Los autores concluyeron que son los hombres quienes presentan un mayor puntaje de despersonalización en relación a las mujeres, y que por otra parte o, con respecto al clima organizacional las mujeres presentarían un mayor compromiso intrínseco, ya que las mujeres evaluadas evidenciarían una mayor satisfacción con la supervisión, satisfacción con remuneración y satisfacción con la calidad del trabajo producido, en comparación con los hombres (Ramírez y Lee Maturana, 2009).

Los autores observan que:

hombres y mujeres presentarían distintas razones que gatillarían las distintas variables del Síndrome, para las mujeres sentir un alto agotamiento o cansancio emocional “se explicaría por una baja satisfacción en el trabajo en sí mismo, el percibir pocas oportunidades para hacer aquello que les gusta, aquello en lo que destaca, o sentirse limitada para tomar decisiones, así como también se explicaría por una baja evaluación de los medios materiales de los que disponen, para los hombres, en cambio, el nivel de agotamiento emocional lo explicaría la baja

percepción de equidad y autonomía, es decir, las diferencias en el trato de la organización hacia sus empleados y la percepción de una baja libertad para la ejecución de sus tareas, resultados que según los investigadores concuerdan con los propuesto por Robbins (1999).(Comportamiento Organizacional, 8º Edición. Prentice Hall).

Por otro lado la variable de despersonalización surgiría en las mujeres por la ausencia de oportunidades laborales, falta de control en las decisiones e insatisfacción con el entorno físico de trabajo, mientras que en los hombres la despersonalización se explicaría según el (bajo) nivel de vinculación con los compañeros de labores. (Ramírez y Lee Maturana, 2009, pág. 8)

Según esta investigación, la aparición de una alta realización personal, se explica en las mujeres en la medida que obtengan el cumplimiento de sus convenios laborales, sueldo, incentivos, promociones, etc., así como también mientras exista una clara definición del rol que desempeñan. Mientras que los hombres, la realización personal se explica por el sentimiento de pertenencia con la organización en la que trabajan y su intención de permanecer en ella. (Ramírez y Lee Maturana, 2009)

Como se aprecia, la aparición de los diversos factores tiene una explicación distinta de atribuible al género perspectiva que debe ser considerada como parámetro de comparación de los datos de esta investigación, lo que a futuro permitirá diseñar planes de acción mucho más efectivos.

b) Burnout y la relación con la salud

Definiciones de salud, ¿Qué es la salud?

Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad, la visión fisiologista considera que la salud es simplemente la ausencia de enfermedad, el organismo como una entidad biológica capaz de funcionar sin patologías, lesiones o trastornos considerables. (Orozco n.d)

Sin embargo esta concepción de la salud de tipo normativo ha ido evolucionando, tal es así que podemos encontrar el máximo grado de desarrollo de una perspectiva amplia de

la concepción de la salud en la definición de la OMS que conceptualiza la salud como “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales” y no solamente la ausencia de enfermedad. Dicha organización en su declaración de principios en 1948 reconoce también que la salud “es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, y que lograr el más alto grado de bienestar depende de la cooperación de individuos y naciones y de la aplicación de medidas sociales y sanitarias”. (Parra 2003)

Podemos destacar en esta definición dos ideas que consideramos fundamentales que son la igualdad de los conceptos de bienestar y de salud y la integración de los aspectos sociales, psíquicos y físicos en un todo armónico.

Síntomas somáticos del burnout

Como hemos señalado las manifestaciones del burnout pueden hacerse presente tanto a nivel físico como cognitivo, conductual o social, sin embargo es la somatización de los síntomas la que a nuestro criterio está más directamente relacionada con la afectación a la salud de los trabajadores.

Dentro de los principales síntomas en este nivel podemos encontrar fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas del sueño, úlceras y otras afectaciones gastrointestinales, pérdida de peso y dolores musculares.

Otras manifestaciones fisiológicas del síndrome son el dolor cervical, úlceras, tensión muscular, aumento de enfermedades ,reaparición de dolencias preexistentes (hipertensión arterial, jaquecas, lumbago, asma y alergias) (Novoa,M.,Nieto,C.,Forero,C., Cycedo,C.,Riveros,M.,Montealegre Ma,et 2005)

Ansiedad e insomnio

La ansiedad es un estado de ánimo “caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión al futuro” (Barlow y Durand, 2001, pág. 128)

A partir de esta definición podríamos concluir que en general no se trata de una experiencia para nada placentera ,pero sin embargo resulta ser una vivencia bastante común para la mayoría de personas, y está casi siempre presente cuando afrontamos

algún problema o evento importante en nuestra vida , y es que como señala Barlow y Durand (2001) , la ansiedad en cantidades moderadas puede resultar benéfica , en tanto nos mantiene alertas , moviliza nuestros recursos , nos permite anticipar nuestro futuro y tomar cursos de acción que garanticen un buen resultado para nosotros (la aprensión surge cuando pensamos que algo podría salir mal y decidimos entonces prepararnos para evitar ese resultado).

El problema surge cuando experimentamos demasiada ansiedad, puesto que ésta se vuelve grave y se acompaña de la sensación de pérdida de control, y se vuelve algo crónico cuando incluso en los casos en “racionalmente” sepamos que no hay nada que temer, no resulta posible desprenderse de la sensación de ansiedad y de los efectos que conlleva.

En otras palabras podemos concluir entonces que la ansiedad es “un estado de ánimo orientado al futuro y caracterizado por la aprensión ante la imposibilidad de predecir o controlar sucesos próximos” (Barlow y Durand, 2001, pág. 129)

De acuerdo con Morris y Maisto (2005):

“El sueño es una necesidad natural cuya alteración repercute en el estado de bienestar, el insomnio, es la incapacidad para conciliar el sueño o permanecer dormido , si bien suele presentarse acompañado de eventos estresantes de carácter temporal, en algunos casos puede llegar a ser una perturbación persistente. Para algunas personas el insomnio es parte de un problema psicológico mayor (el estrés, la ansiedad o la depresión) ,por lo que se requiere prestar atención al trastorno subyacente, por otra parte las dificultades interpersonales como por ejemplo la soledad también contribuyen a esta alteración del sueño, aunque también influyen causas de tipo biológico o ambiental”.

Disfunción social en la vida diaria

Puede relacionarse con el apareamiento del síndrome a través de la alteración o baja del desempeño en las actividades cotidianas que solían ejecutarse sin mayor inconveniente (incluyendo las laborales), se manifiesta como la incapacidad o descuido de labores como el cuidado personal, el pago de servicios, el mantenimiento del hogar ,olvidar o postergar responsabilidades, con un empobrecimiento de las relaciones interpersonales, factores que podríamos resumir como la incapacidad de alcanzar el nivel esperado a nivel personal, familiar, académico o laboral, o dicho en otras palabras la imposibilidad de poder responder a las demandas de la vida de una persona adulta en plenitud de condiciones.

Tipos de depresión

La de depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por “sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés en las actividades que solían considerarse placenteras, junto con otros síntomas como la culpa excesiva, sentimientos de minusvalía, y percepción de fracaso (Morris y Maisto, 2005)

Es importante distinguir entre la depresión clínica y el tipo normal de depresión que coo seres humanos podemos presentar eventualmente (reacciones normales antes los acontecimientos de la vida que generan momentánea tristeza)

Según Morris y Maisto (2005), podemos distinguir fundamentalmente dos tipos de depresión clínica “el trastorno depresivo mayor que es un episodio de tristeza inmensa que puede durar varios meses y la distimia que es una tristeza menos intensa pero que persiste sin alivio por un período de dos años o más”

Investigaciones realizadas

Como posterior parámetro de comparación, queremos referirnos a la investigación realizada en el 2008 por M. Isabel Ríos-Risqueza y Carmen Godoy, titulada “Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales” (Ríos-Risquez , Godoy-Fernández 2008) por su pertinencia al tema y la interrelación de variables que

intervienen en el burnout , en este caso las del estado de salud de trabajadores de servicios sanitarios (enfermería de urgencias)

En dicha investigación se buscaba , estimar el nivel de satisfacción laboral y evaluar el estado de salud general percibida en una muestra de profesionales de enfermería de urgencias en la localidad de Murcia , en España , para ello se utilizaron 3 instrumentos de evaluación: la encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y 2 cuestionarios validados: el cuestionario de satisfacción laboral Font Roja (1988) y el General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg, adaptado y validado por Lobo et al (1986), para la evaluación del estado general de salud percibido.

Las conclusiones de esta investigación determinaron que la satisfacción laboral se encuentra altamente asociada al nivel de salud o bienestar psíquico en los profesionales analizados , de otra parte el trabajo también arrojó que , la satisfacción con las dimensiones de relación con los compañeros y tensión laboral van asociadas a una menor percepción de síntomas depresivos, destacando que a medida que el profesional tiene más antigüedad en el servicio, se incrementa su insatisfacción con el reconocimiento profesional. (Ríos-Risquez, Godoy-Fernández 2008)

Como vemos es un resultado contradictorio con otras investigaciones que hemos analizado y que determinan que es la inexperiencia laboral la que está mayormente relacionada con el apareamiento del burnout, el posterior análisis de los resultados de nuestros cuestionarios ,nos permitirán dilucidar si en relación a las variables de salud , el tiempo en el desempeño de valores constituye un factor de riesgo o al contrario una variable que permite brindar resistencia al síndrome del quemado laboral

c) Burnout y el afrontamiento

Definición de afrontamiento

Los problemas que debemos afrontar en nuestra vida diaria , constituyen fuentes de estrés , conflictos que exigen una respuesta del individuo para poder resolverlos , que

exigen de una u otra manera que “les hagamos frente” , es decir que afrontemos la situación con la que estamos lidiando para intentar brindarle una solución satisfactoria ,

El afrontamiento entonces se define como el esfuerzo cognoscitivo y conductual que realizan los individuos para manejar el estrés psicológico Lazarus (1993), citado por Morris y Maisto (2005) el afrontamiento por ende es un importante moderador en los procesos de estrés, incluido el Burnout

Una característica importante de esta conceptualización es que el afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que destacan dos: el afrontamiento dirigido a alterar el problema objetivo (solucionar el problema definiéndolo, buscando soluciones y estrategias para modificar el entorno) y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional (modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo).(Martínez 2010)

Teorías del afrontamiento

La perspectiva de la experimentación define el afrontamiento como “la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar”, lo cual por ende concibe el afrontamiento como un constructo unidimensional, con base en la conducta biológica de evitación y huida. (Martínez 2010)

La segunda perspectiva (el modelo psicoanalítico de la psicología del ego) define el afrontamiento como conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés" (Lazarus & Folkman, 1986; 141, citado por Martínez 2010), esta teoría pone su énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular su relación con el entorno

Adicionalmente, para Anabella Martínez (2010) de considerarse el planteamiento de Menninger que se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de desorganización interna, de modo que una mayor desorganización correspondería niveles más primitivos de afrontamiento.

Estrategias y Técnicas de Afrontamiento

Desde la perspectiva de Gil-Monte y Peiró (1997) citado por Quass (2006,pág 3) , se plantea que las estrategias de afrontamiento constituyen “los esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que realiza una persona para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por transacciones estresantes”.

A partir de esta conceptualización es posible distinguir entre un afrontamiento centrado en el problema (hacer algo para cambiar el curso de la situación), afrontamiento centrado en la emoción (reducir o manejar el estrés) y evitación al afrontamiento (conductas para evadir cualquier confrontación) (Quass, 2006)

Y es con base en esta distinción en tres tipos generales de estrategias, que nos adscribimos a la enumeración que realizan Carver y col. (1989) (citado por Quass, (2006,pág 3, 4,5 ,6) que detallan las siguientes técnicas de Afrontamiento:

- Afrontamiento Activo: Se refiere a las acciones directas llevadas a cabo por el sujeto para alterar la situación e intentar cambiarla., lo cual implica un incremento del esfuerzo propio a fin de remover el estresor o mejorar sus efectos.
- Planificación: se refiere a pensar en cómo afrontar un estresor, ideando estrategias de acción, pasos a seguir y buscando la mejor manera de manejar el problema.
- Búsqueda de Apoyo Social: Las personas pueden buscar apoyo social por dos medios: instrumental (información, consejo, apoyo económico,etc.) y emocional(buscar en otros el cariño , la simpatía y la comprensión). Ambos son conceptualmente distintos, aunque, generalmente, se utilizan conjuntamente.
- Supresión de Actividades Distractoras: Significa dejar de lado otros proyectos, evitando la distracción, y concentrar la atención en la situación estresante.
- Religión: Se refiere a actividades, como rezar o centrarse en la religión, las cuales permiten al sujeto aceptar el acontecimiento estresante, reinterpretarlo positivamente u obtener apoyo emocional.
- Reinterpretación positiva: significa que la persona reconstruye en términos positivos el significado de una situación estresante.

- Refrenar el Afrontamiento: Describe los esfuerzos por demorar el momento adecuado para afrontar el problema y evitar que afecte al sujeto al tener que tomar decisiones precipitadamente.
- Aceptación: Consiste en dos fases del proceso de afrontamiento; la aceptación de un estresor como un problema real y por otra parte la aceptación de la ausencia de una estrategia de afrontamiento
- Desahogarse o Centrarse en las Emociones: Alude a las respuestas emocionales asociadas a la situación estresante. Implica concentrarse en el estrés o las situaciones molestas que se están viviendo y exteriorizar estos sentimientos..
- Negación: El sujeto niega y evita el afrontamiento activo del suceso estresante y actúa “como si nada sucediera”.
- Desconexión Conductual: Hace referencia al empleo de acciones que evitan afrontar activamente la situación estresante. Lo cual reduce el esfuerzo propio para afrontar la situación, incluso el sujeto se rinde al intento de lograr metas en las cuales interfiere el estresor.
- Desconexión mental: Es una variante de la desconexión conductual. La desconexión mental sucede mediante una amplia variedad de actividades distractoras, las cuales permiten al sujeto distraerse de la situación estresante. Estas actividades alternativas pueden ser soñar despierto, dormir, escapar por inmersión en la televisión, etc.
- Consumo de Drogas: Esta se traduce a conductas de adicción, de escape- evitación de la situación estresante, con el fin de disminuir el estrés ocasionado por ésta.
- Humor: Alude al empleo del humor como estrategia distractora y distanciadora que ayuda a desdramatizar la situación.

Investigaciones realizadas

Como parámetro de futura comparación nos remitimos a la investigación realizada por Consuelo Morán Astorga quien realizó un estudio con o, 366 trabajadores de servicios humanos respondieron a una serie de cuestionarios para medir (a) *burnout*; (b) afrontamiento; (c) satisfacción en el empleo, y (d) disfunción social. En dicha investigación se examina la relación entre el *burnout*, la satisfacción en el empleo, los modos de afrontamiento y la disfunción social como medida de salud, (Morán Astorga 2008)

El instrumento utilizado en la medida de afrontamiento ha sido el Cuestionario de afrontamiento COPE-28 (Carver, 1997). El mismo que evalúa tanto respuestas centradas en el problema como otras dirigidas a aspectos de la situación no relacionados directamente con los estresores. Este cuestionario mide típicamente respuestas de afrontamiento que se ven como potencialmente disfuncionales, lo mismo que otras que son adaptativas.

Los resultados de dicho estudio muestran que los modos de afrontamiento funcionales (planificación, afrontamiento activo, reevaluación positiva...) se relacionan con mayor satisfacción en el trabajo y menor *burnout* y los modos de afrontamiento disfuncionales como la negación, el uso de sustancias... se relacionan con baja satisfacción en el trabajo y mayor *burnout*. Los resultados encontrados por la autora sugieren que futuros estudios investigación deberán poner mayor énfasis en los modos de afrontamiento y en la satisfacción laboral para abordar el síndrome de *burnout*. (Morán Astorga 2008)

d) Burnout y se relación con el apoyo social

Definición de Apoyo Social

Recogiendo los principales criterios de las investigaciones relacionadas con respecto al tema el apoyo social ha sido definido de la siguiente forma (Pérez Bilbao,n.d) :

- La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas.

- La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas".
- El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros.

Con referencia al burnout podemos decir que un apoyo inadecuado, o que no se brinda, facilita su aparición y el apareamiento de enfermedades y que el apoyo social está negativamente asociado con burnout (Avendaño, Bustos, Espinoza, García, Pierart 2009)

Principales perspectivas teóricas sobre el apoyo social

A continuación se señalan las cuatro perspectivas principales, teóricas y empíricas, que sobre el apoyo social se ha desarrollado. Estas aproximaciones han de considerarse como complementarias entre sí : cada perspectiva representa diversos niveles de análisis y se presenta como una precondition del siguiente nivel. (Pérez Bilbao,n.d ,pág 2) :

Nivel I, Apoyo social como Integración social

Este nivel de análisis se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. No se hace relación a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social de una persona (número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad...)

Nivel II Apoyo social como Relaciones de calidad

Se atiende a la calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Se ha establecido que las relaciones de calidad contribuyen a satisfacer las necesidades de

filiación, afecto, pertenencia e influyen positivamente sobre la salud, el grado de percepción de control.etc.

Nivel III Apoyo social como Ayuda Percibida

En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo.

Nivel IV Apoyo social integrado y real

El último nivel consistiría, no ya en tener asociaciones con otros o que sean de calidad o que se perciba la posibilidad de ayuda, sino en la "actualización de tales conductas de apoyo". Es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.

Apoyo social estructural y funcional

De acuerdo con Avendaño, et al (2009, pág, 58) es posible distinguir dos niveles de análisis del apoyo social: el estructural y el funcional; el primero está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo, y el funcional en la evaluación subjetiva del apoyo social, especialmente, en las conductas de apoyo –percepción y recepción de apoyo.

Desde esta visión, las redes sociales proporcionan el “marco estructural” y los recursos necesarios para que el apoyo social se haga accesible al individuo desde un “marco funcional” .dentro del apoyo social.

La investigación ha destacado 4 aspectos principales (Avendaño, et al, 2009, pág , 58)

1. Para la gente es importante la ayuda percibida como disponible, tanto como la ayuda percibida como efectivamente recibida;

2. El apoyo social puede producirse en tres ámbitos diferentes: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas
3. La ayuda puede ser principalmente de dos tipos: instrumental (como medio para conseguir otros objetivos) o expresiva (como fin en sí misma)
4. Desde el punto de vista del bienestar y la salud, tanto el apoyo cotidiano como el que se recibe en situaciones de crisis son importantes.

Investigaciones realizadas

Hemos escogido una investigación realizada en un hospital psiquiátrico, porque considero que es un entorno particularmente estresante para los servidores de salud, en el que la manifestación del apoyo social puede marcar una diferencia sustancial en relación al apareamiento del síndrome.

Se ha considerado el trabajo realizado por Avendaño, Bustos, Espinoza, García, Pierart (2009), Burnout y apoyo social en personal del servicio de Psiquiatría de un hospital público, para el análisis de la variable del apoyo social.

Los participantes de este estudio fueron n 98 personas (71%) de un total de 137 que trabajan a tiempo completo o parcial en el Servicio de Psiquiatría de un hospital Público en España. (Avendaño et al 2009)

Para la medición de la percepción de apoyo social recibido en el trabajo: se utilizó una escala compuesta por 6 ítems relativos a percepción de apoyo social recibido en el trabajo del Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo ISTAS21 (CoPsoQ), que es una adaptación para el Estado del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ).

El estudio permitió concluir que una mayor percepción de apoyo social recibido en el trabajo, ya sea de apoyo total como de los compañeros o de los superiores, influye en una menor presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización

personal, en particular, que a más percepción de apoyo recibido de los superiores habría menos despersonalización. (Avendaño et al 2009)

e) Burnout y la relación con personalidad

Definición de personalidad

Al tratarse de un estudio académico en que la variable personalidad puede ser un factor clave en la aparición de síndrome como el Burnout , resulta necesario contar con una definición que en cierta forma delimite el concepto y precise algunas ideas con respecto al mismo , en este sentido Morris y Maisto, (2005, pág. 418) señalan que los psicólogos por lo general definen a la personalidad como “un patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas del individuo que persisten a través del tiempo y de las situaciones”

En esta definición los autores destacan dos elementos que son las diferencias individuales que distinguen a un individuo de los demás y el carácter relativamente estable y duradero de la personalidad que le otorga cierta consistencia a través del tiempo y de las situaciones.

Factores de personalidad

Dependiendo de la corriente teórica es posible hablar de diversos tipos de personalidades, pero para obtener los resultados de nuestra investigación se ha optado por utilizar el cuestionario revisado de personalidad de Eysenck, motivo por el cual, la tipología que planteamos en este marco teórico debe remitirnos automáticamente a la propia teoría de la personalidad de Eysenck y a la clasificación que este autor propone.

Desde este enfoque los tipos de personalidad se irían definiendo de acuerdo al factor predominante en su composición, con base en el estudio de diferencias biológicas entre las personas, estos factores serían: extroversión –introversión, neuroticismo y psicoticismo, a las cuales Eynseck da el nombre de “dimensiones de la personalidad”

Así , la personalidad de tipo extrovertido estaría caracterizada por la presencia de varios componentes ,siendo los dos más notables la sociabilidad y la impulsividad (Cloninger,2003,p.260),incluyendo además otras características como “la vitalidad, la actividad, el dogmatismo, la búsqueda de sensaciones ,la despreocupación ,la dominancia , y la búsqueda de aventuras”, (Colom Marañón ,2006,p.449).

Por ende una persona a la que llamamos “extrovertida” le gustan las fiestas y eventos sociales, puede entablar una conversación con facilidad y no participa mucho de las actividades que se realizan individualmente, sigue sus impulsos ,le gusta asumir roles protagónicos, no le place la rutina , es despreocupada y optimista. (Colom Marañón, 2006, p.449).

En el otro polo las personas introvertidas orientan sus emociones y pensamientos hacia su propio mundo interior, disfrutan de las actividades de tipo contemplativo, no requieren de la compañía permanente de los demás y carecen de habilidades de tipo interpersonal.

En cuanto la predominancia del factor de neuroticismo, éste caracteriza a las personas que presentan una mayor excitación emocional cuando perciben un amenaza o se encuentran en situaciones estresantes (Cloninger, 2003, p.260).

Las características de la personalidad de tipo neurótico vienen marcadas por la “ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, poca autoestima, tensión, irracionalidad, timidez, tristeza y emotividad” (Colom Marañón, 2006, p.449).

Adicionalmente a estas características primarias del neuroticismo, podemos encontrar la presencia de enfermedades de origen psicosomático, los cambios fuertes de humor, la falta de adaptabilidad a los cambios del diario vivir, y la dificultad de recobrar un estado de equilibrio luego de alguna alteración emocional.

Finalmente, la presencia del psicotismo determina una personalidad solitaria, agresiva, fría, egocéntrica, creativa, impulsiva, emocionalmente desapegada, con dificultades para crear vínculos de empatía, una persona con tendencias psicóticas es antisocial, crea problemas, no compagina fácilmente con los demás, no mide el peligro, llegando, es excéntrica y gusta de burlarse de los demás, llegando incluso a la crueldad (Colom Marañón, 2006, p.448).

Eysenk, citado por Susan Clooninger menciona que el psicotismo se refiere a la tendencia a la no conformidad o desviación social, y que por lo tanto no está necesaria o inevitablemente asociado a la presencia de características patológicas de la personalidad, pudiendo por ejemplo una persona psicológicamente sana con mucha creatividad presentar una calificación elevada en una escala de psicotismo. (Clooninger, 2003, p.260)

Con respecto a las características, factores o tipos de personalidad que hemos señalado hay que tener en cuenta que como señala B. Roberto Colom, las mismas se presentan en un continuo que va “desde la estabilidad emocional, hasta la inestabilidad extrema” (2006, p.448)

Patrones de conducta

En el mercado actual de trabajo, el ritmo de la actividad está determinado por la maximización de los resultados en un tiempo mínimo de modo que el factor humano es equiparable a los otros factores de producción (técnicos o financieros) de modo que se le exige el mismo rendimiento en términos cuantitativos, lo cual por supuesto puede presentar varias repercusiones debido a la especial naturaleza de lo que empresarialmente se llama “capital humano”

Yendo de lo general a lo particular, determinados entornos laborales (aun aquellos sin finalidad empresarial explícita) pueden resultar particularmente estresantes, por las condiciones en las que se realizan, por las altas expectativas que generan, por su alta necesidad de capacitación, por su nivel de exigencia, por su competitividad, por su nivel constante de evaluación y otras condiciones.

Son estas situaciones las que van generando en la persona determinados patrones de comportamiento que incluyen la propia percepción de la situación estresante, y las características de la personalidad. (*Gil La Cruz e Izquierdo 2004*)

De este modo, el Patrón de conducta TIPO A define a “las personas que tienen una forma de vida competitiva ,con una gran implicación en el trabajo o con una gran

sensación de urgencia en sus actividades y que presentan una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades coronarias como infarto del miocardio” (McDougall e alt.1985 .cit por *Gil La Cruz e Izquierdo. 2004*)

Según los trabajos de Según Friedman y Rosenman los rasgos que caracterizan a la persona Tipo A son los siguientes:

- un afán intenso y permanente por conseguir metas establecidas por el propio individuo, pero usualmente pobres en cuanto a sus resultados;
- una marcada tendencia a la competitividad;
- una alta motivación hacia el éxito;
- implicación en varias tareas y trabajos al mismo tiempo
- tendencia a la realización apresurada de todo tipo de funciones, tanto físicas como mentales;
- Un estado constante de alerta.

En este contexto, Los aspectos más críticos de la conducta Tipo A serían la conducta agresiva, el apresuramiento y competitividad.” (Psicología On line, *Patrón de Conducta Tipo A,n.d*).

Es necesario mencionar que la presencia del patrón de conducta Tipo A , presenta también aspectos que podríamos considerar positivos o socialmente aceptables como por ejemplo la necesidad de reconocimiento social (que no es per se algo negativo), y la sensación de que se es capaz de lidiar con varios frentes a la vez (aunque no necesariamente sea posible).

Sin embargo en la marco de nuestra investigación es necesario hacer énfasis en las posibles consecuencias negativas que vienen marcadas por la presencia de este patrón de comportamiento en los individuos (en los trabajadores del servicio de salud en este caso)

Así, el patrón de conducta tipo A tendría repercusiones tanto a nivel cognitivo, como conductual y fisiológico:

Tabla 3 Efectos Negativos del Patrón de Conducta Tipo A

Cognitivos	Conductuales	Fisiológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Confusión Mental • Inquietud • Incapacidad de concentración • Carencia crónica de satisfacción • Hipervigilancia • Confianza excesiva en la aprobación de los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicto interpersonal y tensión • Tendencia a no tener relaciones profundas • Deterioro de las relaciones familiares • Carencia de amigos íntimos 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevación ritmo cardiaco • Y Presión arterial alta • Reducción del tiempo de coagulación de la sangre • Tensión muscular • Altos niveles colesterol y triglicéridos

Fuente y autor: Psicología On Line Patrón de conducta tipo a

En la otra cara de la moneda, El patrón de conducta conocido como tipo B, tiende a ser todo lo contrario del patrón tipo A que acabamos de reseñar, los individuos Tipo B se ven mínimamente afectados por problemas cardíacos al llegar a la edad madura ,no presentan hiperactividad motora, y tienen un menor nivel de respuestas fisiológicas ante el estrés , estas personas realizan sus tareas competentemente , sin pensar que necesitan controlar todos los aspectos de su entorno ,ni ansiedad excesiva para lograr el éxito. (*Corredor Pulido y Monroy Fonseca, 1999, pág3*)

Locus de control

Los acontecimientos en la vida adquieren significado de acuerdo con la interpretación que los seres humanos atribuimos a los mismos, al respecto sabemos que hay cosas que podemos hacer para cambiar los acontecimientos en nuestra vida, pero es un hecho también que ciertos eventos escapan completamente de nuestro control.

Por citar un ejemplo de la vida cotidiana, si hemos llegado tarde a una cita importante podemos optar por las siguientes explicaciones:

- Será mejor que en una próxima ocasión me levante más temprano y procure no dormir hasta muy tarde el día anterior al compromiso; o
- ¡Es increíble que justo hoy la ciudad tenga tantos problemas de tráfico!

Si una persona ha optado por la primera explicación podemos decir que dicha persona tiene un Locus de control Interno de los acontecimientos en su vida, y si por el contrario un individuo opta por explicar los sucesos a una causa externa (como en este caso el tráfico) diremos que este individuo tiene un locus de control externo.

El locus de control entonces viene definido como la magnitud en que la gente percibe que los resultados son controlables internamente (por sus esfuerzos y acciones) o de forma externa (la suerte, el destino o fuerzas exógenas) Myers (2005).

Este concepto resulta relevante en nuestra investigación puesto que ante un evento estresante existirían dos ópticas desde las cuales se podría realizar una interpretación, la primera (locus interno) en que la persona siente que tiene el poder de cambiar su propio destino y la segunda (locus externo) en la que un individuo siente que sin importar sus esfuerzos la situación estresante no desaparecerá.

Esto se torna muy importante tanto para entender el origen de los sentimientos de angustia o desesperanza, y también para proporcionar una herramienta que permita afrontarlos adecuadamente (de acuerdo a la terapia cognitiva, los sentimientos negativos pueden desaparecer con un proceso de pensamiento más optimista y una reinterpretación positiva de los mismos eventos)

Investigaciones realizadas

Se toma referencia una investigación realizada en Bogotá en el 2005, con 72 personas que hacían parte del personal sanitario en los servicios de urgencias, oncología y neonatología de un hospital universitario de tercer nivel. (Novoa, M. et al 2005)

En dicha investigación para la evaluación del perfil psicológico se utilizó el 16PF de Cattell, en una versión adaptada, se evaluaron igualmente el ajuste emocional, el estado de ánimo y el ajuste interpersonal mediante una entrevista semiestructurada y otras observaciones directas.

Las conclusiones permitieron establecer varias correlaciones entre los factores psicológicos de la personalidad y los principales componentes del síndrome del burnout, tal es así que la variable de despersonalización se encuentra significativamente correlacionada con el factor sumiso dominante de Cattell, así como también con el factor prudente - Impulsivo, el decatipo confiado -celoso y el factor seguro-inseguro.(específicamente el nivel de despersonalización correlacionó con el factor introversión, extroversión)

De igual modo El nivel de realización personal se hallaba correlacionado al factor sumiso-dominante y prudente-impulsivo.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de Investigación

La sociedad actual responde a una época de vertiginosos cambios en el desarrollo tecnológico, y a una creciente demanda de prestación de servicios en un mercado altamente competitivo, que necesita de un trabajo realizado con el mayor estándar de calidad en el menor tiempo posible.

En este contexto, el capital humano de las organizaciones es sometido a una fuerte dosis de estrés prolongado, que como se conoce tiene repercusiones a nivel físico y emocional. Como hemos señalado anteriormente, toda persona tiene el derecho a que su trabajo sea una fuente de realización personal, una labor productiva a la que se pueda otorgar sentido y significado, por otra parte los usuarios de un servicio ,tienen también el derecho de ser atendidos con el máximo grado de calidez y con la debida valoración de su dignidad como personas.

Como es sabido , el síndrome del burnout impide precisamente que los trabajadores disfruten de su trabajo y establezcan vínculos saludables con los destinatarios del mismo; como se aprecia entonces, el síndrome trasciende de lo meramente individual, puesto que los principales afectados son personas cuya labor se orienta al cuidado humano, en donde resulta indispensable un adecuado equilibrio emocional para mantener en marcha una organización e incluso un sistema entero de prestación de servicios , en este caso la prestación de servicios de salud .

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo podemos entonces situarla en tres niveles directamente relacionados con nuestra titulación como licenciados en psicología general:

En primer lugar desde una perspectiva académica, puesto que un mejor entendimiento del síndrome constituye un acercamiento a una problemática relevante que aumenta nuestro conocimiento sobre la mente humana, en segunda instancia desde un enfoque clínico esta investigación es un valioso acercamiento práctico que nos permitirá ser un aporte al trabajo interdisciplinario en las casas de salud y ayudar al tratamiento y al bienestar del personal que trabaja en ellas, y en tercer lugar , desde el enfoque de la psicología aplicada al trabajo , la investigación resulta esencial puesto que se trata precisamente de contribuir a la protección de la salud la que tiene derecho todo trabajador, y que es un factor clave para su correcto desempeño y desarrollo, puesto que el recurso humano es un elemento imprescindible dentro de una organización laboral.

Realizar el proceso de recolección de información no es tarea fácil, dada la naturaleza de los cuestionarios que involucran información bastante personal, sumado ciertas trabas burocráticas en algunas instituciones, y a la apretada agenda de trabajo de los servidores de la salud que les impedía atender a otras necesidades fuera de su trabajo, y la normal reticencia que produce hablar de uno mismo frente a una persona con la que no se ha establecido un vínculo con anterioridad.

Tocamos varias puertas en las instituciones de salud y cabe decir que en la mayoría de ellas la investigación fue bien recibida y el personal estuvo dispuesto a brindar su colaboración una vez que se le concedió al investigador la oportunidad de explicar el alcance de la investigación y la naturaleza confidencial de los datos.

Previo a esto se tuvo que realizar la correspondiente familiarización personal con los cuestionarios a fin de estar consciente de aspectos como el tiempo de resolución, o posibles dudas o dificultades que pudieran presentarse.

Una vez hecho esto se procedió a transcribir los cuestionarios a aplicarse y a imprimir los mismos para un número superior al solicitado (15 médicos y 15 enfermeras), como una forma de precaución ante posibles dificultades, lo cual al final resultó de mucha utilidad, pues originalmente no todos los entrevistados reunieron las condiciones para validar su participación en el proceso investigativo (principalmente por falta de obtención de título profesional, o falta de registro del mismo)

Por las dificultades que hemos señalado, no siempre fue posible estar presente mientras se llenaban los cuestionarios, algunos participantes optaron por llevarlos consigo y resolverlos en privado (previa la explicación de los aspectos generales de la investigación), esta posibilidad ha sido prevista desde un inicio en el propio diseño de la investigación realizado por la universidad y no constituyó un problema de especial trascendencia.

De acuerdo a los parámetros establecidos en el programa de graduación, la presente investigación posee las siguientes características:

- Es cuantitativa: puesto que se analiza la información numérica de los instrumentos empleados
- Es no experimental: Puesto que no implica la manipulación de variables u observación de fenómenos en su entorno natural
- Es de tipo transversal: Debido a que analiza el estado de diversas variables en un momento dado (un punto en el tiempo)
- Es exploratoria: puesto que es un estudio de tipo inicial sobre a temática
- Es descriptiva: pues se recolecta información sobre una serie de cuestiones para describir lo que se investiga.

Las preguntas a las que esta investigación busca dar una respuesta, y que son los puntos guía para la realización de nuestro trabajo son las siguientes:

- ¿Cuáles la prevalencia del síndrome del burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias?
- ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el burnout?
- ¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout?
- ¿El apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?
- ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?

- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

En el caso del posible resultado de que la prevalencia del síndrome sea baja, o no exista, creemos que estas mismas preguntas pueden adquirir otro matiz que permita por contraste conocer como se presentan las variables a las que hemos hecho referencia en la población no afectada por el síndrome, de modo que constituya un aporte al conocimiento de los factores que deben mantenerse o en los cuales podría intervenir para el tratamiento o prevención del burnout.

Los objetivos planteados son:

Objetivo general:

- Identificar el nivel de burnout en los profesionales de salud y los factores relacionados con este fenómeno, en la provincia de Tungurahua

Objetivos específicos:

- Determinar el estado de salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias públicas y privadas de la ciudad de Ambato y el Cantón Cevallos en la provincia de Tungurahua.
- Identificar el apoyo social proveniente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias relacionados con el apareamiento del síndrome.

4.2. Participantes

La población objeto de estudio está compuesta por 15 profesionales médicos y 15 personas con licenciatura en enfermería vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en la provincia de Tungurahua.

En detalle: 5 de los médicos que participaron en este estudio pertenecen a la sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA de la ciudad de Ambato, son médicos especialistas en medicina general y en anatomía patológica; dos médicos generales trabajan en el centro de especialidades médicas “La Guadalupana” (institución dependiente de la pastoral social) de igual forma sector urbano en Ambato; 3 de los entrevistados prestan sus servicios en el centro de salud en Cevallos (cantón agrícola de la provincia) con especialidades en cirugía, salud pública y medicina general); 2 participantes (médicos generales) trabajan en el sector rural de Ambato concretamente en el centro de salud de la parroquia Martínez; finalmente contamos con tres médicos de La Clínica Durán institución privada de la ciudad de Ambato, con especialidades en gerencia en salud, ortopedia y traumatología.

La diversidad en la muestra de los médicos obedece a las dificultades señaladas inicialmente puesto que no todos los profesionales en todas las instituciones estuvieron dispuestos a brindar su colaboración y a muchos de los que sí estaban dispuestos a hacerlo no fue posible persuadirles de certificar el trabajo con su firma o sus datos personales.

Sin embargo considero que esta diversidad en la muestra puede constituir una fortaleza de la investigación, al brindar un panorama más amplio de la problemática en general puesto que finalmente la muestra integra médicos del sector público y privado, urbano y rural de la provincia.

Situación análoga ha sucedido con el personal de enfermería, si bien en este caso más del 50% de la muestra proviene de una sola institución, el detalle de las 15 profesionales de enfermería que forman parte de nuestro estudio es el siguiente:

Nueve licenciadas de enfermería, brindan sus servicios en SOLCA, (núcleo de Ambato); 3 licenciadas pertenecen el centro de salud en Cevallos; 2 profesionales de enfermería trabajan en la zona rural de Ambato en el centro de salud de la parroquia Martínez (una de las cuales tiene una maestría en gerencia en salud); y la muestra se cierra con una

licenciada con un Master en ciencias hospitalarias que labora en el hospital del IESS en Ambato.

4.3. Instrumentos

Cuestionario Socio demográfico 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 Health Questionnaire, 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 sub escalas 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 por 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 cómo 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.

- Autoinculpación: 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.- 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) y 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 EPQ.R-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 al cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia de 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.

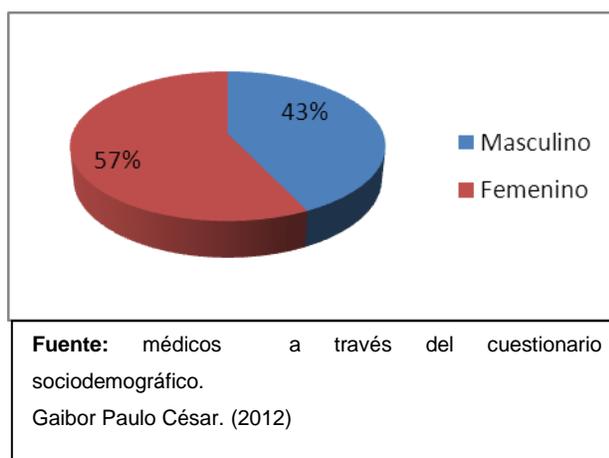
Para el desarrollo de estos cuestionarios, usted deberá acudir a instituciones de salud en busca de los directivos que autoricen la colaboración del personal de médicos para que llenen los cuestionarios. Estos instrumentos están destinados para la recolección de la información de su investigación, la forma de respuesta es sencilla, a continuación se dan las indicaciones para el uso y la manera correcta de llenarlo.

5.-RESULTADOS OBTENIDOS

5.1 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA POBLACIÓN DE MÉDICOS SIN BURNOUT

a)- CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL Género

Gráfico 1. Porcentajes de personas sin Burnout por género-



De las 14 personas sin burnout, se encuestó a 6 médicos del sexo masculino y ocho profesionales del sexo femenino, lo cual corresponde a un 42.85% y a un 57% respectivamente como puede apreciarse en la gráfica:

Aunque entre los entrevistados existen más mujeres, consideramos que la muestra en total tiene relativa equivalencia en cuestión de género.

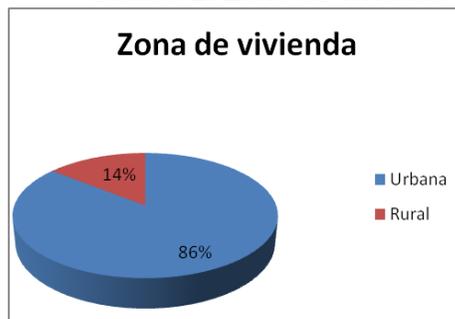
Vivienda

Tabla 4:ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%

Urbana	12	85.7142857
Rural	2	14.2857143
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 2. Zona de vivienda

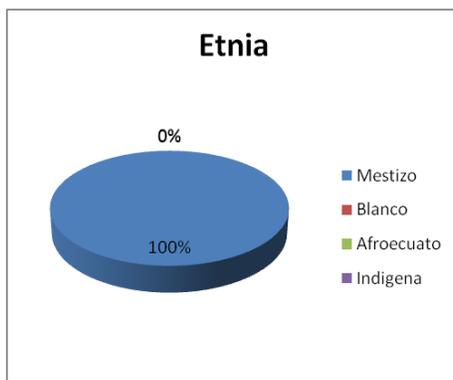


Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Respecto a la zona de vivienda, de los 14 encuestados, 12 viven en zonas urbanas y apenas 2 en la zona rural, en este caso el 86% de las personas afectadas por el burnout se desempeña dentro de zonas urbanas y el 14% en zonas rurales.

Etnia

Gráfico 3. Porcentajes de procedencia étnica de personas sin burnout



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Estado civil/ personas con las que habita:

Tabla 5. Estado civil

Nombre	Fr	%
Soltero	8	57.1428571
Casado	5	35.7142857

Gráfico 4. Estado civil

Viudo	0	0
Divor/sepa	1	7.14285714
Unión libre	0	0
TOTAL	14	100



a través del cuestionario

ar. (2012)

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Tabla 6. Personas con las que habita

Gráfico 5. Personas con las que habita

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	2	14.2857143
Con más personas	12	85.7142857
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Respecto al grupo de procedencia étnica la totalidad de los encuestados se identifica como “mestizo”, tal como se muestra en la gráfica.

En relación al estado civil en la población de médicos, contamos con ocho profesionales solteros, cinco casados y una persona divorciada, no obstante aunque existe mayoría de personas solteras, 12 de ellas habitan con otras personas y solo dos declaran vivir con más personas (generalmente del su propio entorno familiar).

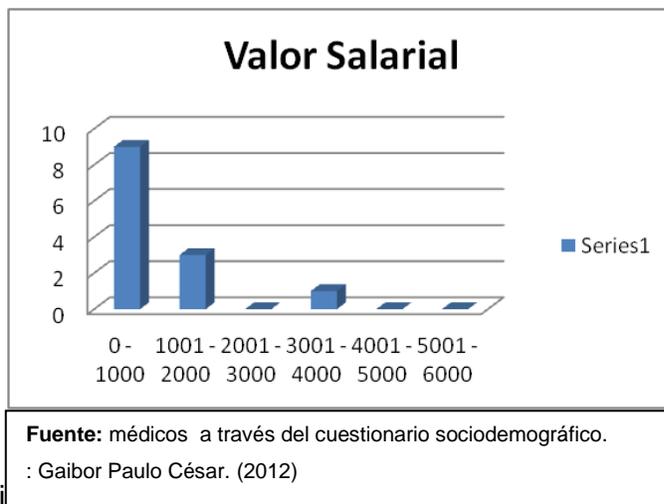
Tipo y valor de la remuneración salarial

Tabla 7. Valor salarial

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	9	69.2307692
1001 -2000	3	23.0769231
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	1	7.69230769
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 6. Valor salarial



...a casa de salud privada), percibe ingresos de forma

En cuanto al valor de la remuneración 9 personas perciben un valor salarial con un tope de mil dólares, 3 reciben ingresos entre los 1000 y los 2000 dólares, y uno solo recibe un promedio mensual entre los 3000 y 4000 dólares.

Tipo de trabajo y sector laboral

Tabla 8. de trabajo

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	11	78.5714286
T. Parcial	3	21.4285714
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 7. Tipo de trabajo

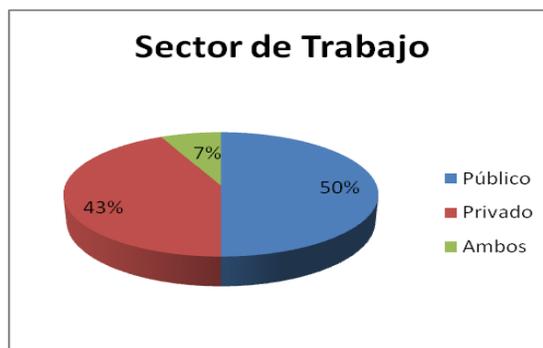


Tabla 9. Sector de trabajo

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	7	50
Privado	6	42.8571429
Ambos	1	7.14285714
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 8. Sector de trabajo



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

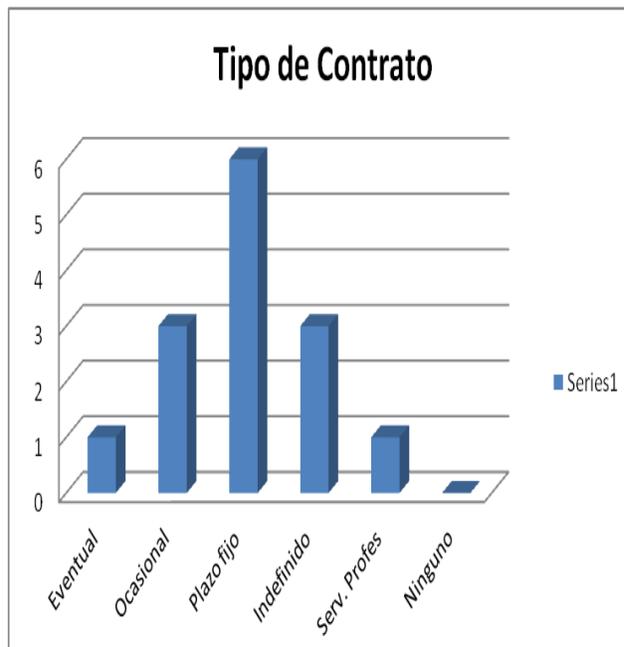
El sector de trabajo como lo habíamos visto se divide en un 50% para el sector público, 43% para el sector privado y el restante 7% (que equivale en realidad a un solo caso) declaró trabajar en ambos sectores.

Tipo de contrato y turnos rotativos

Tabla 10. Tipo de contrato

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	7.14285714
Ocasional	3	21.4285714
Plazo fijo	6	42.8571429
Indefinido	3	21.4285714
Serv. Profes	1	7.14285714

Gráfico 9. Tipo de contrato



Ninguno	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

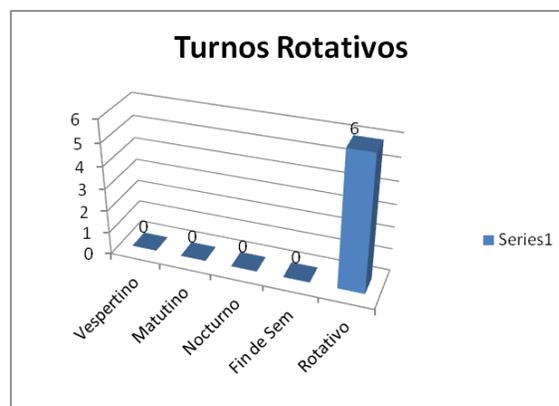
Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Tabla 11. Promedios de horas de trabajo

PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	11.8571429
SEMANALES	52.0714286

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico10. Turnos rotativos



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

En lo referente al tipo de contrato 6 de los encuestados tenía un contrato a plazo fijo, 3 de ellos un contrato de tipo indefinido, 3 un contrato ocasional, uno un contrato eventual y uno tenía la modalidad de servicios profesionales

Dentro de esas modalidades de trabajo, 6 de ellos trabajan en turnos rotativos, los 14 encuestados tienen un promedio diario de 11.85 horas diarias de trabajo, y de 52 horas semanales de carga laboral.

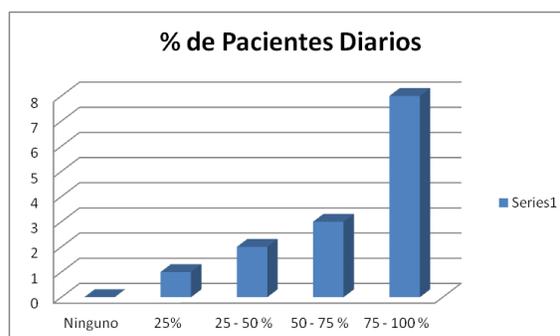
Número de pacientes diarios, tipos de pacientes, riesgo de muerte

Tabla 12. Número de pacientes diarios

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	1	7.14285714
25 - 50 %	2	14.2857143
50 - 75 %	3	21.4285714
75 - 100 %	8	57.1428571
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico11. % de pacientes diarios



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Tabla 13. Tipos de pacientes

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	4	7.84313725
Psiquiátricos	4	7.84313725
Renales	4	7.84313725
Quirúrgicos	7	13.7254902
Cardiacos	3	5.88235294
Neurológicos	5	9.80392157
Diabéticos	6	11.7647059
Emergencias	9	17.6470588
Intensivos	3	5.88235294
Otros	6	11.7647059
TOTAL	51	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Autor: Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 12. Tipos de pacientes

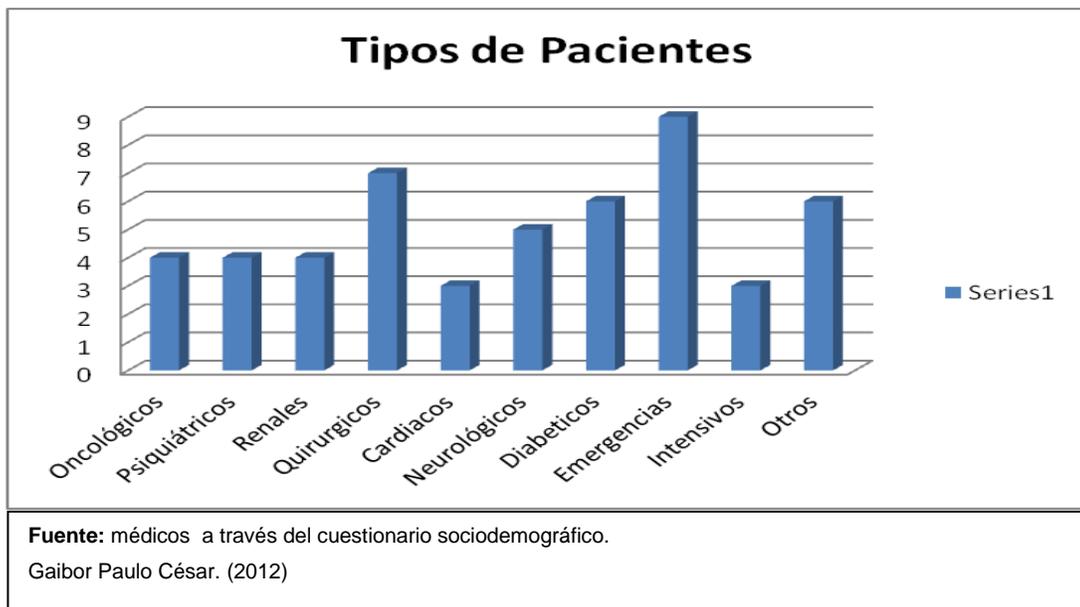


Tabla 14. Pacientes con riesgo de muerte Gráfico 13. Pacientes con riesgo de muerte



PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	7	50
No	7	50
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Tabla 15. Pacientes fallecidos

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	8	57.1428571
No	6	42.8571429
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 14. Pacientes fallecidos



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Los datos del número diario de pacientes revelan que un 57% de los encuestados dedica gran parte del tiempo a la atención de pacientes (un 75%-100%) para atender un promedio de 17.62 pacientes diarios.

En lo que refiere al tipo de pacientes atendidos, se puede encontrar que en el total de la muestra los médicos atienden todo tipo de dolencias de salud, de la totalidad, de los

pacientes el 50% presenta riesgo de muerte y en efecto 8 de los encuestados reporta haber atravesado la pérdida de un paciente:

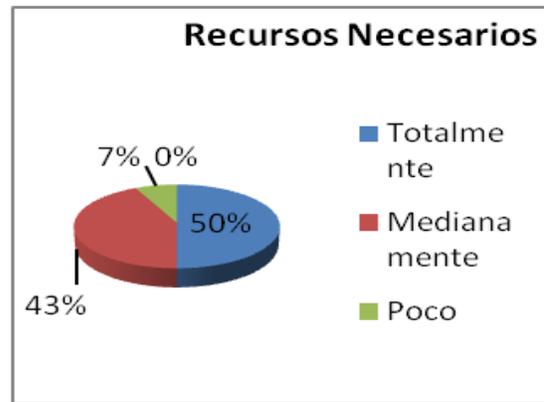
Recursos necesarios

Tabla 16. Recursos necesarios

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	7	50
Medianamente	6	42.8571429
Poco	1	7.14285714
Nada	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 15. Recursos necesarios



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

recursos necesarios para la realización de... un 50% se sienten totalmente satisfechos, un 42% se encuentra medianamente satisfecho y un 7% se encuentra poco satisfecho, ninguna persona reporta sentirse nada satisfecho.

Permisos y causas

Tabla 17. Solicitud de permisos

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	8	61.5384615
No	5	38.4615385
TOTAL	13	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 16. Solicitud de permisos



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

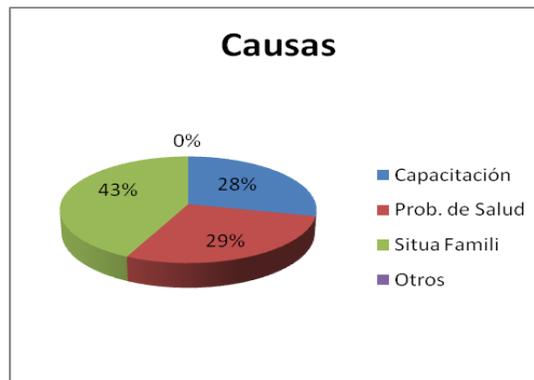
Un 62% de los encuestados declara haber solicitado permiso en su trabajo durante el último año, la causa predominante son las situaciones de tipo familiar, seguido por los problemas de salud y necesidades de capacitación.

Causas para el permiso solicitado:

Tabla 18. Causas para el permiso solicitado Gráfico 17. Causas para el permiso solicitado

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	2	28.5714286
Prob. de Salud	2	28.5714286
Situa Famili	3	42.8571429
Otros	0	0
TOTAL	7	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)



Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Valoración por parte de los pacientes

Tabla 19. Valoración por parte de los pacientes

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7.14285714
Bastante	9	64.2857143
Totalmente	4	28.5714286
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 18. Valoración de los pacientes



Al ser preguntados por la valoración percibida por parte de sus pacientes, solo una persona reporta sentirse poco satisfecha en tanto que 9 personas se encuentran bastante satisfechas y 4 personas se hallan totalmente satisfechas.

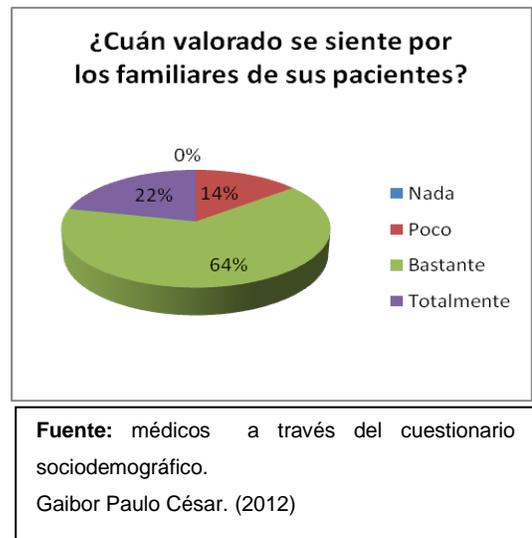
Valoración por parte de los familiares

Tabla 20. Valoración por parte de los familiares

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	14.2857143
Bastante	9	64.2857143
Totalmente	3	21.4285714
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 19. Valoración por parte de los familiares



2 médicos perciben que se trabajo es poco valorado por los familiares de sus pacientes ,9 piensan que su trabajo es bastante valorado y 3 de ellos expresan que su trabajo es totalmente valorado por los familiares de sus pacientes.

Valoración por parte de los colegas

Tabla 21. Valoración colegas

Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7.14285714
Bastante	7	50
Totalmente	6	42.8571429
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 20. Valoración colegas



En cuanto a la valoración por parte de los compañeros de trabajo, los resultados indican que solo una persona se siente poco valorada frente a 7 personas que se sienten bastante valoradas, y 6 que se encuentran totalmente valoradas por parte de sus colegas.

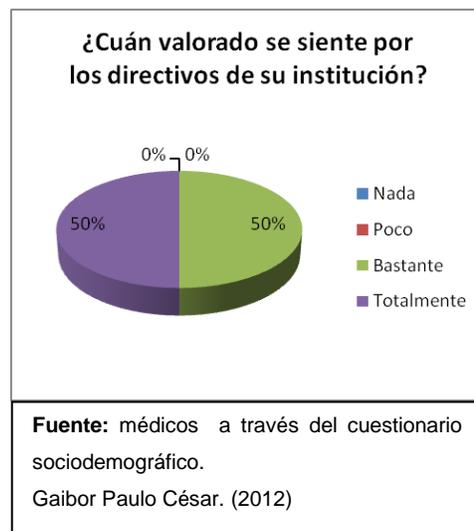
Cuan valorado se siente por los directivos de su institución

Tabla 22. Valoración directivos

Gráfico 21. Valoración directivos

Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	50
Totalmente	7	50
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
Gaibor Paulo César. (2012)



En esta sección los resultados son concluyentes, en partes iguales los médicos se sienten bastante y totalmente valorados por parte de los directivos de su institución.

Satisfacción general con la experiencia en el trabajo

Tabla 23. Satisfacción con la experiencia en el trabajo

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7.14285714
Bastante	6	42.8571429
Totalmente	7	50
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario sociodemográfico.
: Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 22. Satisfacción con la experiencia en el trabajo



Finalmente al ser interrogados por la satisfacción general con su desempeño en el trabajo, los resultados fueron un 50% de médicos completamente satisfechos con su

trabajo, un 43% bastante satisfecho y sólo un 7% poco satisfecho con su desempeño laboral general.

b) SUBESCALAS DEL BURNOUT

Los resultados en la población de médicos que no padecen del burnout en cada una de las escalas fueron:

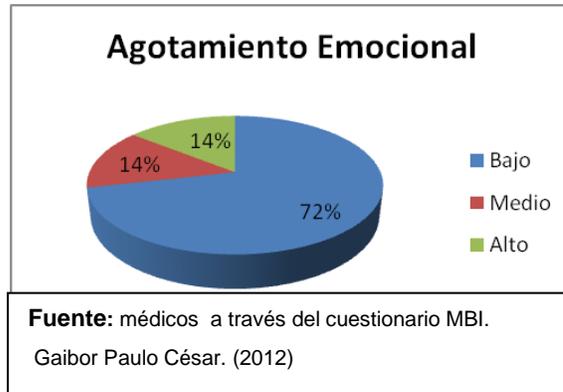
Subescala de agotamiento emocional

Tabla 24. Agotamiento Emocional

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	10	71.4285714
Medio	2	14.2857143
Alto	2	14.2857143
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario MBI.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 23. Agotamiento Emocional



Solo dos encuestados en este grupo presentan niveles altos de agotamiento, (progresiva pérdida de energías vitales, sensación de cansancio, irritabilidad, y capacidad de disfrutar

de las tareas), 10 encuestados registran niveles bajos de agotamiento, su trabajo no es fuente de preocupación, tensión, ni frustración, y dos de ellos presentan un nivel medio de agotamiento lo cual quiere decir que en algunas veces experimentan tensión y frustración debido al trabajo.

Subescala de despersonalización

Tabla 25. Despersonalización

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	13	92.8571429
Medio	1	7.14285714
Alto	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario MBI.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 24. Despersonalización



Fuente: médicos a través del cuestionario MBI.
Gaibor Paulo César. (2012)

Solo una persona registra valores medios de despersonalización (solo ocasionalmente puede tornarse distante con los demás), los restantes 13 tienen un valor bajo en esta variable, puesto que presentan actitudes positivas hacia los demás, su trabajo les resulta bastante motivador.

Subescala de realización personal

Tabla 26. Realización Personal

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	14	100
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario MBI.
: Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 25. Realización Personal



Fuente: médicos a través del cuestionario MBI.
Gaibor Paulo César. (2012)

En esta escala los resultados son concluyentes para los 14 encuestados que no registran el síndrome puesto que todos ellos experimentan un alto grado de realización personal, es decir que se sienten contentos con el trabajo realizado y sienten ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.

c) ESTADO DE SALUD GENERAL

En relación con los aspectos de salud, los resultados fueron:

Síntomas Psicosomáticos

Tabla 27 Síntomas Psicosomáticos

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	4	28.5714
No Caso	10	71.4286

Gráfico 26 Síntomas Psicosomáticos



TOTAL	14	100
Fuente: médicos a través del cuestionario de Salud Mental GHC28. Gaibor Paulo César. (2012)		

Fuente: médicos a través del cuestionario de Salud Mental GHC28.
Gaibor Paulo César. (2012)

Cuatro de los encuestados presentan síntomas psicósomáticos (dolores de cabeza, cansancio, escalofríos, etc.), y 10 de ellos no los presentan.

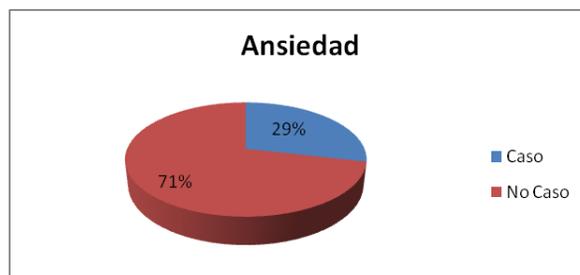
Síntomas de ansiedad e insomnio

Tabla 28. Ansiedad

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	4	28.5714
No Caso	10	71.4286
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario de Salud Mental GHC28.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 27. Ansiedad



Fuente: médicos a través del cuestionario de Salud Mental GHC28.
Gaibor Paulo César. (2012)

En cuanto a síntomas de ansiedad, dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad, solo 4 de los encuestados registra síntomas de ansiedad e insomnio.

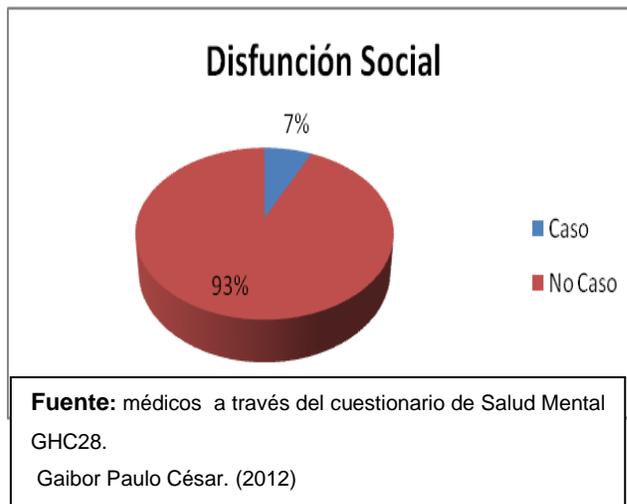
Síntomas de disfunción social

Tabla 29. Disfunción Social

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	1	7.14286
No Caso	13	92.8571
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario de Salud Mental GHC28.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 28. Disfunción Social



Los síntomas de disfunción social, dificultad para concentrarse, mayor demora en las actividades e insatisfacción con las mismas, se hacen presentes solamente en uno de los encuestados

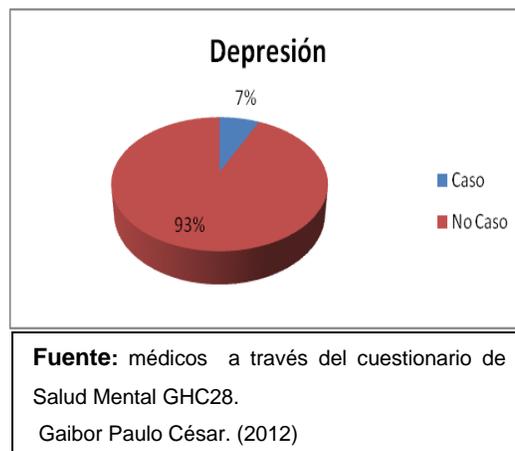
Síntomas depresivos

Tabla 30. Depresión

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	1	7.14286
No Caso	13	92.8571
TOTAL	14	100

Fuente: médicos a través del cuestionario de Salud Mental GHC28.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 29. Depresión



En lo referente a los indicios de depresión, es decir síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, o deseos de quitarse la vida, los resultados indican que una sola persona se encuentra experimentando estos síntomas ,los demás no presentan indicadores de depresión.

d) ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

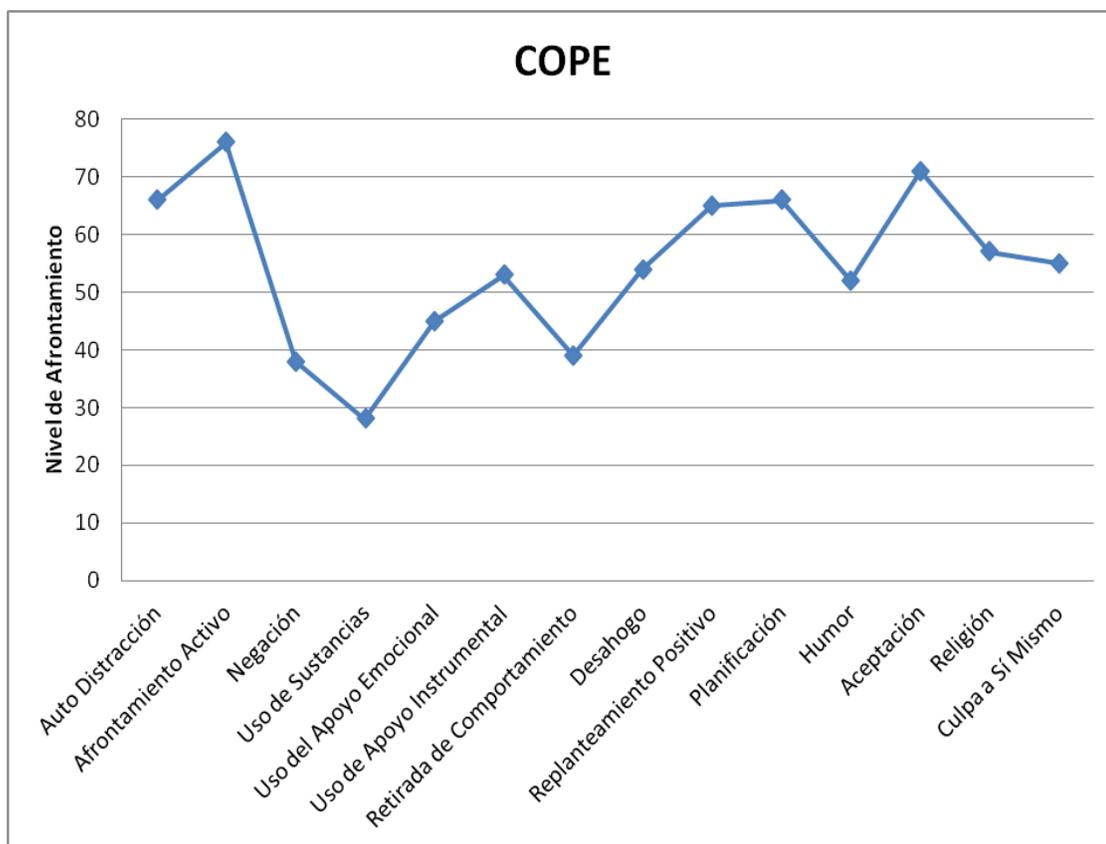
Tabla 31. Estilos de afrontamiento

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	66
Afrontamiento Activo	76
Negación	38
Uso de Sustancias	28
Uso del Apoyo Emocional	45
Uso de Apoyo Instrumental	53
Retirada de Comportamiento	39
Desahogo	54
Replanteamiento Positivo	65

Planificación	66
Humor	52
Aceptación	71
Religión	57
Culpa a Sí Mismo	55

Fuente: médicos a través de Escala de Estilos de Afrontamiento BRIEF-COPE.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 30. Estilos de afrontamiento



Fuente: médicos a través de Escala de Estilos de Afrontamiento BRIEF-COPE.
Gaibor Paulo César. (2012)

En cuanto a los estilos de afrontamiento, predomina el afrontamiento activo, es decir la realización de acciones e iniciativas que parten del propio individuo para reducir la fuente del estrés; seguido de la aceptación o toma de conciencia de la realidad por la que se atraviesa, en orden decreciente existen niveles altos también en planificación (pensar en los pasos a seguir para hacer frente a la discusión), auto distracción (disipar la mente en otras actividades y proyectos) , y el replanteamiento positivo (buscar sentido y significado dentro del problema).

En menor grado pero aun registrando valores altos, otros estilos de afrontamiento utilizado son la religión, el desahogo, el uso de apoyo instrumental y el humor; de entre los estilos positivos de afrontamiento solamente el apoyo emocional registra un valor relativamente bajo.

Entrando en el análisis de los estilos de afrontamiento no funcionales la autoinculpación también registra valores altos aunque en mucho menor grado que los estilos de afrontamiento más positivos.

Estilos negativos de afrontamiento como la desconexión conductual, la negación y el uso de sustancias registran valores bajos y no son medios de afrontamiento utilizados de forma frecuente por los médicos encuestados

e) APOYO SOCIAL

Gráfico 31. Apoyo social

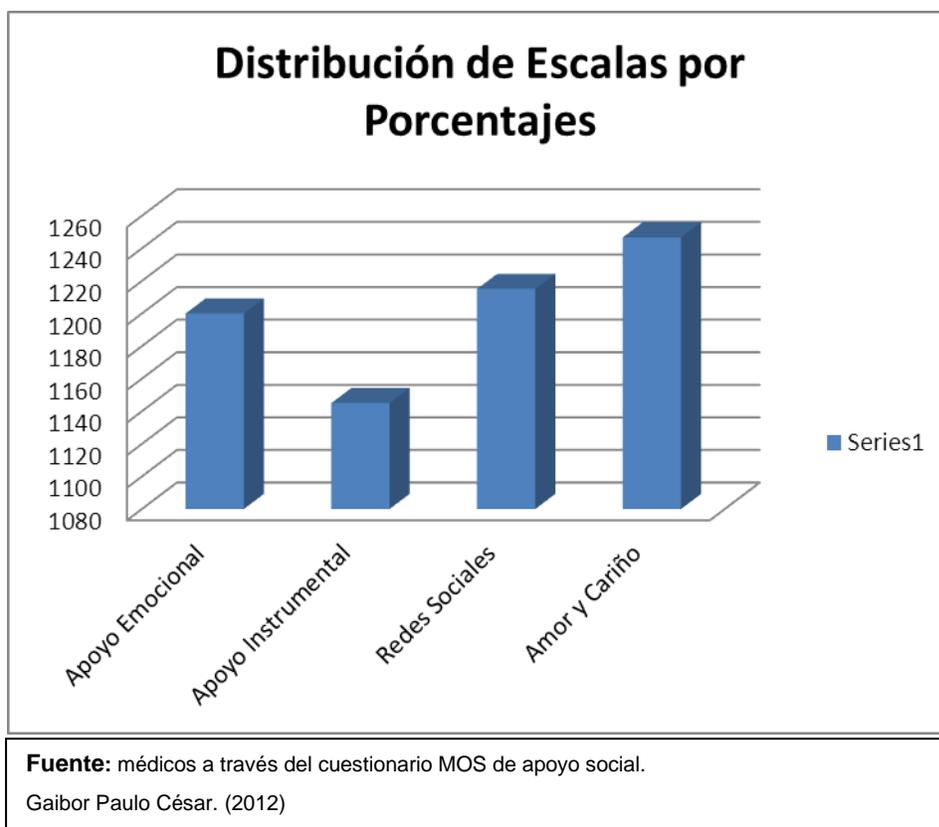


Tabla 32. Apoyo Social

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	85.71
Apoyo Instrumental	81.78
Redes Sociales	1215
Amor y Cariño	1246.66667

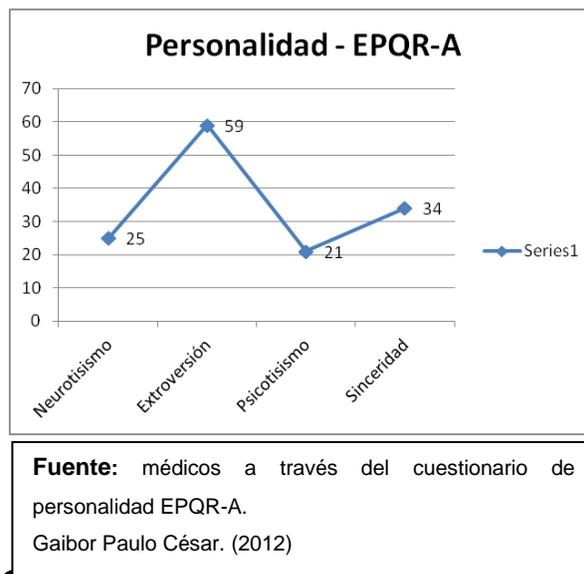
Fuente: médicos a través del cuestionario MOS de apoyo social.
Gaibor Paulo César. (2012)

Los datos referentes al apoyo social recibido por parte de los encuestados demuestran que como fuentes de apoyo predomina el amor y cariño, seguido de las redes sociales, el apoyo emocional y el apoyo instrumental.

f) RASGOS DE PERSONALIDAD:

En relación a los rasgos de personalidad predominantes los resultados indican que el rasgo predominante es la extroversión lo que en términos generales significa una mayor tendencia a la sociabilidad, actividades en grupo, un carácter animado, espontaneo, en ocasiones impulsivo, alegre, dispuesto a los cambios, despreocupado , optimista ,con gusto por reír y divertirse, gustan de la actividad permanente.

Gráfico 32. Rasgos de personalidad



5.2 RESULTADOS OBTENIDOS POBLACION CON BURNOUT

Como señalamos inicialmente solo uno de los profesionales médicos investigados cumplió los requisitos diagnósticos para determinar la presencia del burnout, los resultados obtenidos en este único caso fueron los siguientes:

a) CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL

Se trata de un médico de sexo masculino, mestizo, de 27 años, soltero pero vive con otras personas, padre de un niño, reside y trabaja en la zona urbana.

Reporta una remuneración mensual entre los 1000 y 2000 dólares, labora en el sector privado, a tiempo completo, realiza guardias de 24 horas alternando diariamente.

Si bien dedica entre un 75 y 100% de su jornada laboral a la atención de pacientes, atiende un promedio de solamente 5 pacientes por día, todos los pacientes con los que trabaja son oncológicos, evidentemente esto implica tatar con pacientes en riesgo de muerte, de los cuales uno ha fallecido recientemente.

Manifiesta contar con los recursos necesarios para realizar su trabajo ,no ha solicitado permiso durante el último año.

Valoración por parte de los pacientes, colegas, directivos de la institución y experiencia laboral en general

Respecto a la percepción de valoración del trabajo del médico por sus pacientes y sus familiares, declara percibir que su trabajo es bastante valorado.

Sin embargo la diferencia se marca al preguntar si es que siente que su trabajo es valorado por parte de sus colegas, puesto que indica que siente que su trabajo no recibe ninguna valoración positiva por parte de sus compañeros de trabajo. De igual manera no existe ninguna valoración positiva por parte de los directivos de la institución , y se siente poco satisfecho con el apoyo recibido por parte de los mismos, así como con el nivel de colaboración con otros médicos dentro de la institución.

A pesar de ello indica sentirse bastante satisfecho con el trabajo que realiza así como con la interacción con sus pacientes, y con su experiencia laboral en general, no obstante estar poco satisfecho con su situación económica actual.

b) SUBESCALAS DEL BURNOUT

El examinado presenta altos niveles de cansancio emocional y altos niveles de despersonalización, por lo cual se determina la presencia del síndrome a pesar que registra también un nivel alto de realización personal.

Ante lo aparentemente paradójico de este diagnóstico es preciso hacer una precisión, puesto que aunque el criterio final escribe un sentimiento de realización personal

considerado “alto”, un análisis más detenido sobre el caso revela que esta dimensión del burnout se obtuvo una calificación de 28/48 (28 puntos sobre 48 posibles), lo cual demuestra que finalmente el sentimiento de realización es más bien “relativamente bajo”, o en todo caso más cercano a un valor medio.

c.-ESTADO DE SALUD GENERAL

En lo referente al estado de salud los resultados del único encuestado con SDP, muestran que Carece de síntomas psicosomáticos, Se evidencia síntomas de ansiedad como: dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad.

Su desempeño social en la vida diaria es adecuado, conserva un nivel de funcionalidad normal. Existe un caso probable de algún grado de depresión, es decir síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, deseos de quitarse la vida.

d) ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

En relación a la forma de afrontar los problemas, los resultados fueron los siguientes:

Presenta puntuaciones altas en gran parte de los estilos de afrontamiento, en orden decreciente los medios empleados que podemos encontrar son la auto distracción, la autoinculpción, el uso del apoyo emocional, el desahogo, la negación, el afrontamiento activo, el uso de sustancias, el replanteamiento positivo, la aceptación, la religión y la desconexión conductual.

Presentes también pero relativamente menos empleados por el sujeto tenemos el humor y el uso del apoyo instrumental.

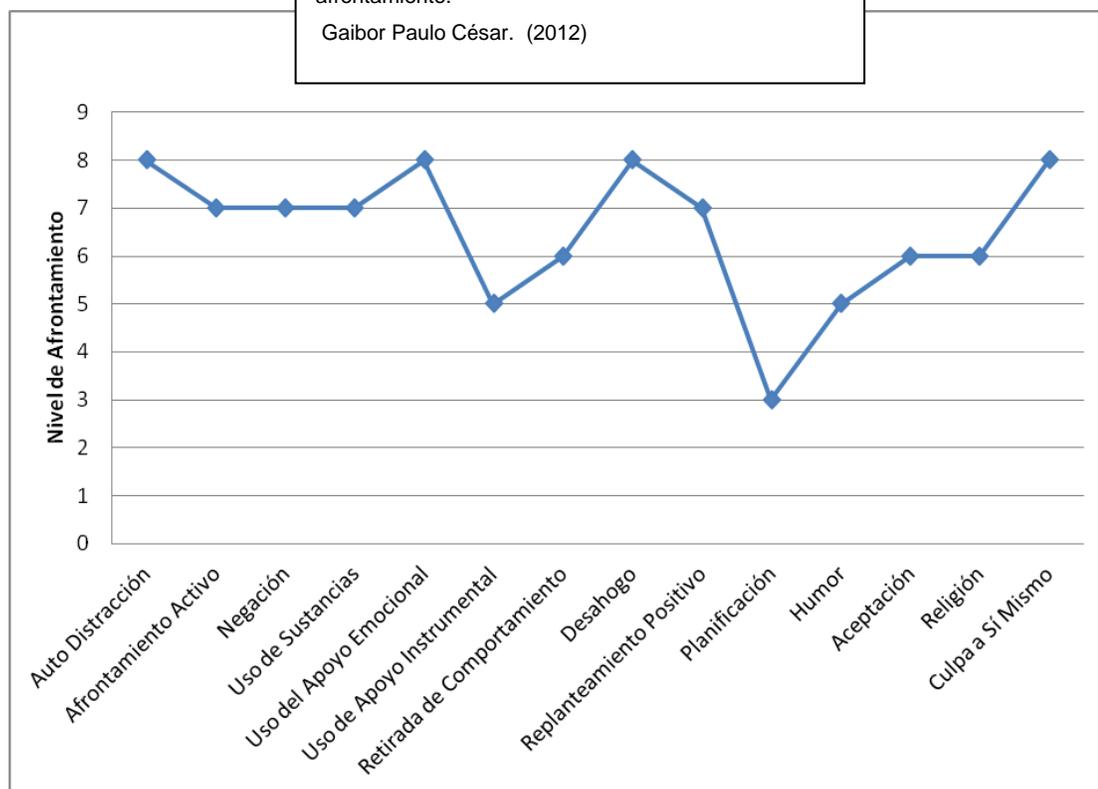
El dato destacable y que marca una diferencia con la población sin burnout es un bajo nivel en la utilización de la planificación como mecanismo de afrontamiento

Tabla 33. Estilos de afrontamiento

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	8
Afrontamiento Activo	7
Negación	7
Uso de Sustancias	7
Uso del Apoyo Emocional	8
Uso de Apoyo Instrumental	5
Retirada de Comportamiento	6
Desahogo	8
Replanteamiento Positivo	7
Planificación	3
Humor	5
Aceptación	6
Religión	6
Culpa a Sí Mismo	8

Fuente: médico a través del cuestionario de estilos de afrontamiento.

Gaibor Paulo César. (2012)



Fuente: médico a través del cuestionario de estilos de afrontamiento.

Gaibor Paulo César. (2012)

e) APOYO SOCIAL

Si bien los resultados obtenidos, indican un elevado apoyo emocional e instrumental, redes sociales proveedoras de amor y cariño, no obstante hay que indicar que las puntuaciones obtenidas son relativamente bajas, sobre todo considerando los datos de los encuestados no afectados por el síndrome cuyas puntuaciones en esta variable son en general bastante elevadas.

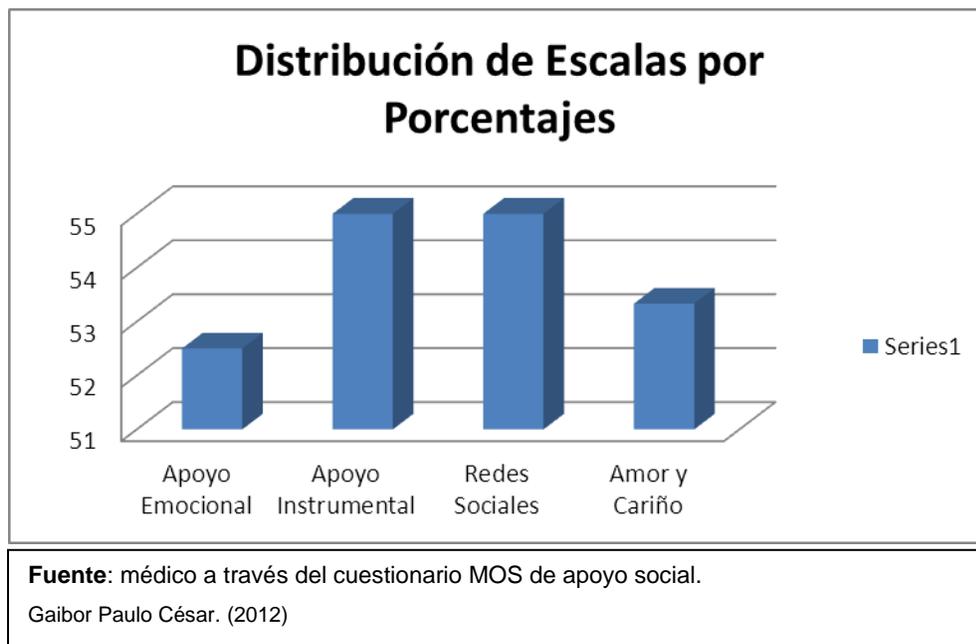
La tabla describe la calificación correspondiente:

Tabla 34. Apoyo Social

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	52.5
Apoyo Instrumental	55
Redes Sociales	55
Amor y Cariño	53.3333333
Fuente: médico a través del cuestionario MOS de apoyo social. Gaibor Paulo César. (2012)	

A continuación el gráfico respectivo:

Gráfico 34. Apoyo social



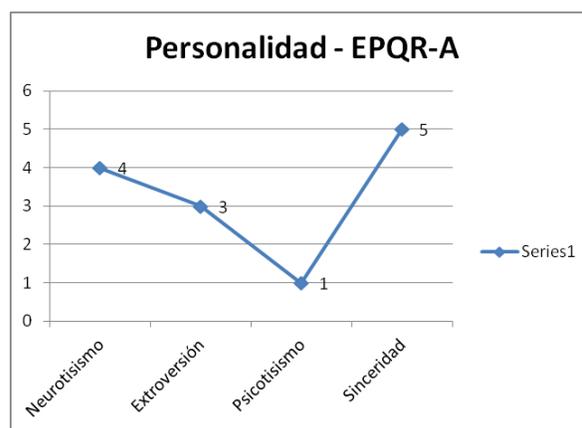
f) PERSONALIDAD

Tabla 35. Personalidad

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	4	30.7692308
Extroversión	3	23.0769231
Psicotismo	1	7.69230769
Sinceridad	5	38.4615385
TOTAL	13	100

Fuente: médico a través de cuestionario de personalidad EPQR-A.
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 35. Personalidad



Fuente: médico a través de cuestionario de personalidad EPQR-A.
Gaibor Paulo César. (2012)

Sobre la variable de personalidad, los resultados muestran un predominio del neuroticismo, lo cual implica una personalidad ansiosa, preocupada, con tendencia a los cambios de humor bruscos y a la depresión. Es una persona muy emotiva, reacciona de forma excesiva a todo tipo de estímulos y encuentra dificultades para volver a su nivel emocional normal después de cada experiencia activadora a nivel emotiva. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren la realización de conductas apropiadas y le hacen actuar de forma irracional y, a veces, rígida. Se puede describir a esta persona como aprensiva, su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podrían ir mal y una fuerte reacción de ansiedad a estos pensamientos.

El gráfico y la tabla ilustran la puntuación alta en esta variable de personalidad así como también las puntuaciones de los otros rasgos:

La puntuación en sinceridad revela además, que aunque no hay tendencia a falsear las respuestas, el individuo puede poseer algún grado de ingenuidad social o conformidad

5.3 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA POBLACIÓN DE ENFERMERAS SIN BURNOUT

A continuación procedemos a detallar los resultados obtenidos en la población de enfermeras encuestadas (todas la población es de género femenino) , se ha optado por realizar una descripción de estos datos en un apartado especial ,para facilitar un mejor análisis y comparación de los datos.

En el caso de las enfermeras encuestadas, la población es mucho más homogénea que en el caso de los médicos, no se detectó ningún caso con burnout, la mayoría de las participantes (9 en total) pertenecen a una sola institución (SOLCA), en tanto que 5 personas trabajan en centros de salud públicos, y una sola enfermera en un hospital estatal (IESS Ambato).

A continuación los resultados obtenidos:

a) CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL

Género

Las 15 encuestadas son de género femenino, el cual como sabemos , es predominante en el ejercicio de la profesión de enfermería , es una población relativamente joven que promedia 34 años de edad.

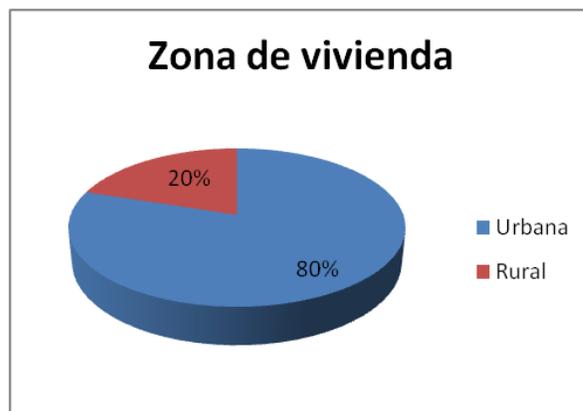
Vivienda

Tabla 36. Vivienda

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	12	80
Rural	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 36. Vivienda



Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César. (2012)

Coincidiendo con su ámbito laboral doce de las encuestadas habita en la zona urbana y tres de ellas en la zona rural

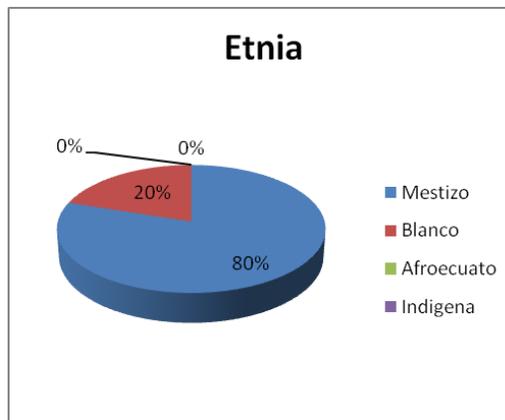
Etnia

Tabla 37. Etnia

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	12	80
Blanco	3	20
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César. (2012)

Gráfico 37. Etnia



Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César. (2012)

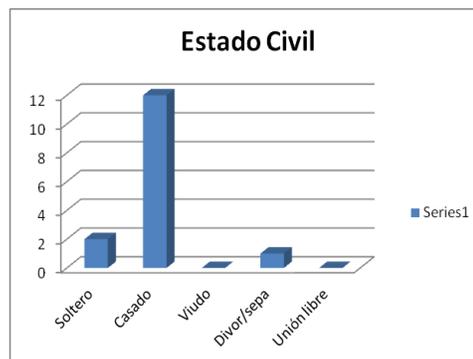
En cuanto al grupo de pertenencia étnica, 12 personas se declararon mestizas y 3 personas como blancas, sin embargo como una observación de campo podemos señalar que esta distinción corresponde más a un sentido de auto percepción, que a una distinción más objetiva, sin embargo el sentido de pertenencia racial siempre mantiene un componente subjetivo y en esta instancia nos limitamos solamente a describir las respuestas obtenidas.

Estado civil/ personas con las que habita:

Tabla 38. Estado civil

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	2	13.3333333
Casado	12	80
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	6.6666667
Unión libre	0	0
TOTAL	15	100

Gráfico 38. Estado civil



Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Comparado con los médicos el resultado es más concluyente en la población de enfermeras, 12 de ellas tienen un vínculo matrimonial, una de ellas lo tuvo, y sólo dos son solteras, solo una de las encuestadas no vive con otras personas.

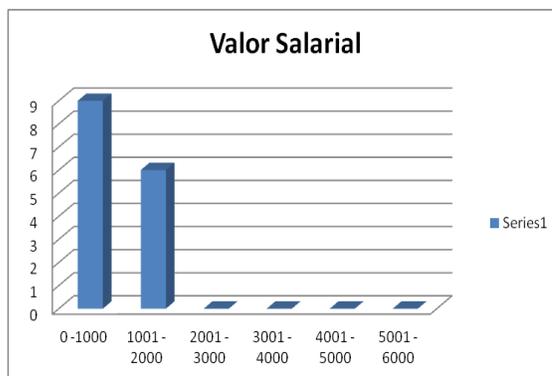
Tipo y valor de la remuneración salarial

Tabla 39. Valor de la remuneración salarial

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	9	60
1001 -2000	6	40
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 39. Valor de la remuneración salarial

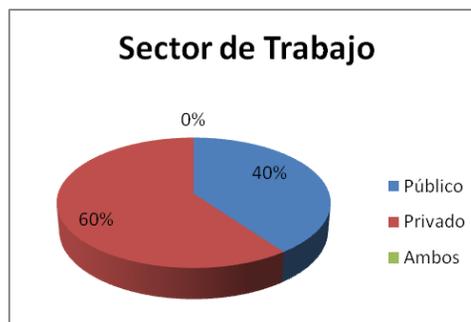


Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Tabla 40. Sector de trabajo

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	6	40%
Privado	9	60%
Ambos	0	0%

Gráfico 40. Sector de trabajo



Público	6	40
Privado	9	60
Ambos	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César (2012)

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César (2012)

Todas las encuestadas reciben su remuneración de forma mensual, el valor oscila entre 0 -1000 dólares para nueve de las encuestadas y entre 1000-2000 dólares para 6 de ellas, con un promedio de 10 años de trabajo, 13 encuestadas trabajan a tiempo completo y solo dos de ellas a tiempo parcial, 6 de ellas en el sector público y 9 en el sector privado (SOLCA concretamente).

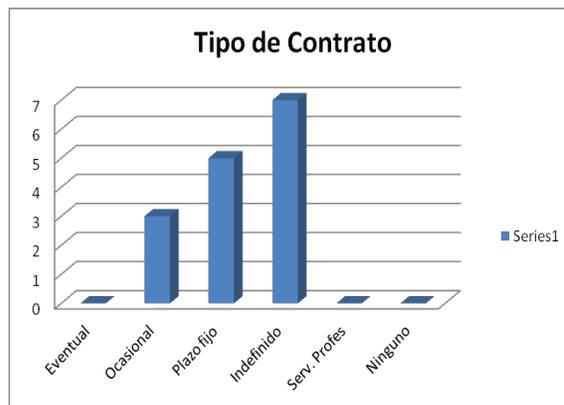
Tipo de contrato y turnos rotativos

Tabla 41. Tipo de contrato

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	3	20
Plazo fijo	5	33.3333333
Indefinido	7	46.6666667
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 41. Tipo de contrato



Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César (2012)

Cinco de las encuestadas tienen un contrato a plazo fijo y 7 de ellas un contrato de tipo indefinido (nombramiento), solo 3 prestan sus servicios de forma ocasional, todas laboran en una sola institución, con una carga laboral promedio muy cercana a las ocho horas diarias (7.2) y 40 semanales (37.8) , solo 6 de las encuestadas reporta trabajar en turnos rotativos.

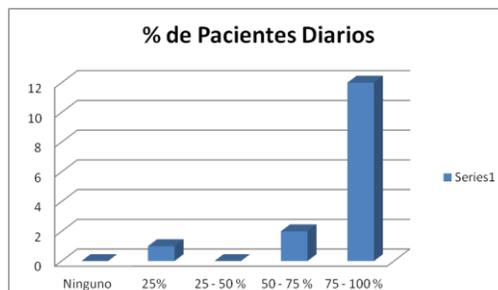
Número de pacientes diarios, tipos de pacientes, riesgo de muerte

Tabla 42. Número de pacientes diarios

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	1	6.66666667
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	2	13.33333333
75 - 100 %	12	80
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 42. Número de pacientes diarios



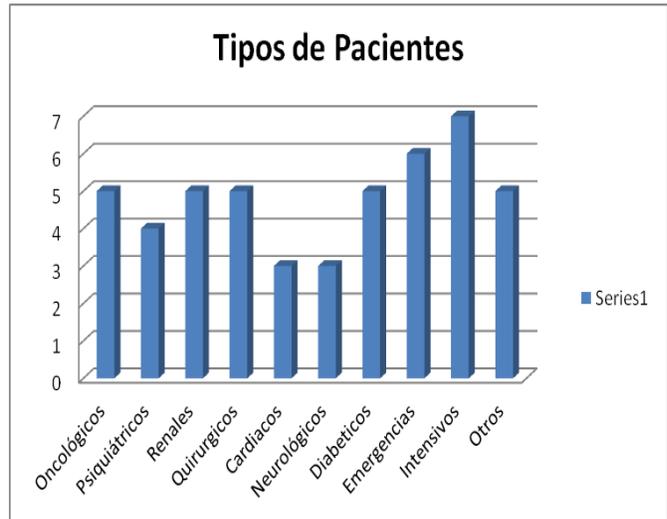
Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César (2012)

Tabla 43. Tipos de pacientes

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	5	10.4166667

Gráfico 43. Tipos de pacientes

Psiquiátricos	4	8.33333333
Renales	5	10.4166667
Quirúrgicos	5	10.4166667
Cardiacos	3	6.25
Neurológicos	3	6.25
Diabéticos	5	10.4166667
Emergencias	6	12.5
Intensivos	7	14.5833333
Otros	5	10.4166667
TOTAL	48	100



enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

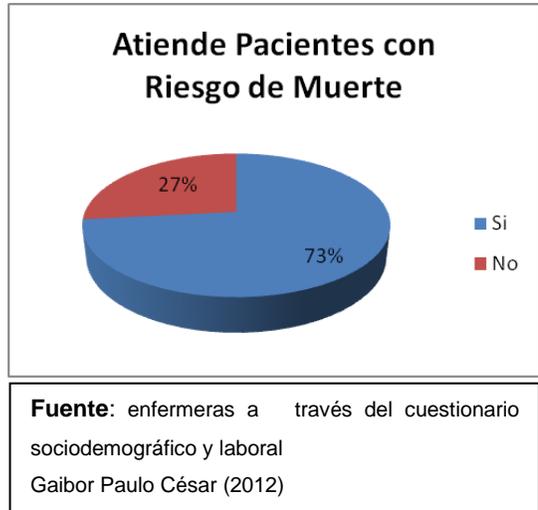
Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Tabla 44. Pacientes con riesgo de muerte

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	11	73.3333333
No	4	26.6666667
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 44. Pacientes con riesgo de muerte



Doce de las encuestadas dedican a la atención de pacientes de un 75% a un 100% de su jornada laboral, en total se promedia un total de 20 pacientes atendidos por día.

En cuanto al tipo de pacientes, los resultados muestran que las enfermeras laboran con personas con todo tipo de dolencias, las tablas y el gráfico así lo muestran:

Por otra parte, 11 de los 15 encuestadas trabaja con pacientes con riesgo de muerte, idéntico porcentaje reporta haber perdido uno de ellos en los meses anteriores a la encuesta.

Recursos necesarios

Tabla 45. Recursos necesarios

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	6	40
Medianamente	9	60
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 45. Recursos necesarios



mente con contar totalmente con los medios para la realiza

afirma

Permisos y causas

Tabla 46. Permisos

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	10	66.6666667
No	5	33.3333333
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 46. Permisos

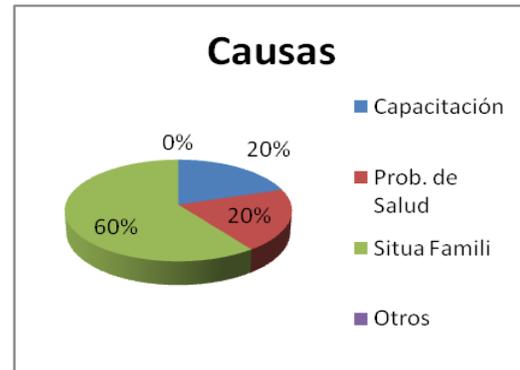


Tabla 47. Causas

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	2	20
Prob. de Salud	2	20
Situa Famili	6	60
Otros	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 47. Causas



Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

La tabla y el gráfico describen el porcentaje de permisos solicitados por las enfermeras, las causas predominantes, fueron las situaciones familiares, seguido de los problemas de salud y las capacitaciones

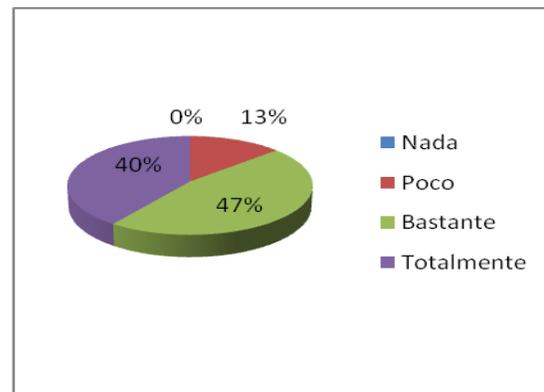
Valoración por parte de los pacientes

Tabla 48. Valoración por parte de los pacientes

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13.3333333
Bastante	7	46.6666667
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 48. Valoración por parte de los pacientes



Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Como se aprecia solo dos de las encuestadas se encuentran poco satisfechas con la valoración de su trabajo por parte de sus pacientes, 7 se encuentran bastante satisfechas y 6 están totalmente satisfechas con esta valoración.

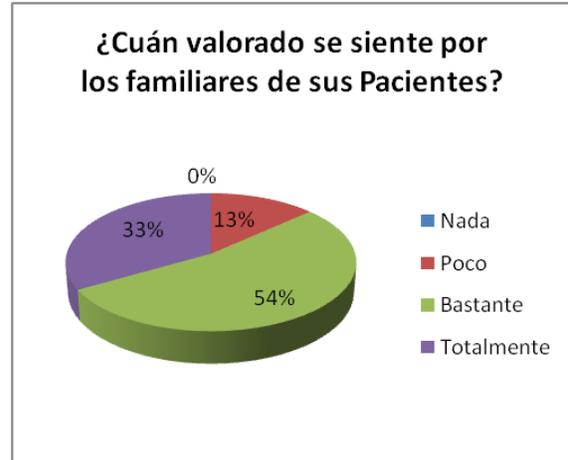
Valoración por parte de los familiares

Tabla 49. Valoración familiares

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13.3333333
Bastante	8	53.3333333
Totalmente	5	33.3333333
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 49. Valoración familiares



Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

En cuanto a la valoración recibida por los resultados son bastante similares, solo que en este caso son 8 las enfermeras que se encuentran bastante satisfechas y 5 totalmente satisfechas.

Valoración por parte de los colegas

Tabla 50. Valoración colegas

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13.3333333
Bastante	9	60

Gráfico 50 Valoración colegas



Totalmente	4	26.6666667
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

La mayoría de los encuestados reporta una valoración positiva por parte de sus compañeras de trabajo solo dos personas se sienten poco valoradas por parte de sus colegas, en tanto que nueve de ellas siente que su trabajo es bastante valorado y 4 licenciadas piensan que su trabajo es totalmente valorado

Cuan valorado se siente por los directivos de su institución, apoyo por parte de los mismos.

Tabla 51. Valoración directivos

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	26.6666667
Bastante	8	53.3333333
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 51. Valoración directivos



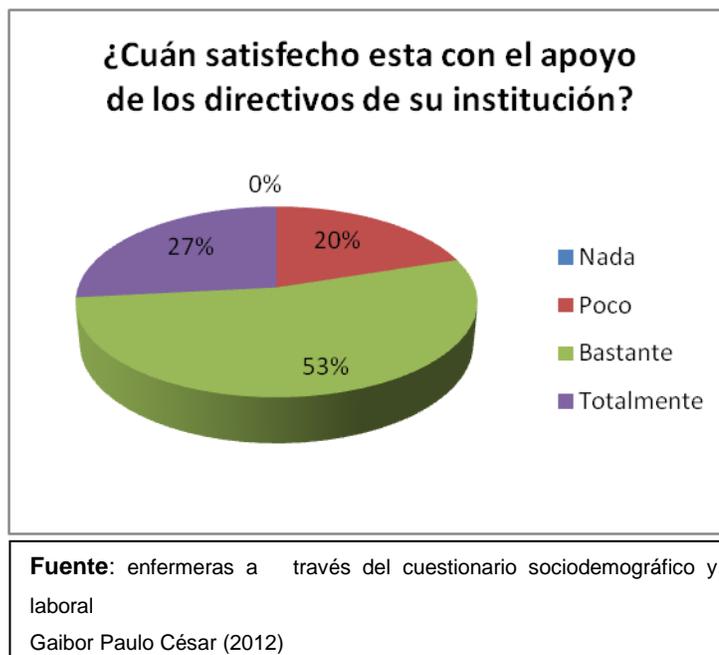
Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Tabla 52. Apoyo directivos

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	20
Bastante	8	53.3333333
Totalmente	4	26.6666667
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral
Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 52. Apoyo directivos



Estos resultados guardan armonía con respecto a la satisfacción con el apoyo recibido por parte de los directivos de la institución

Satisfacción general con la experiencia de trabajo.

Tabla 53. Satisfacción experiencia

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6.66666667
Bastante	8	53.3333333
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico y laboral Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 53. Satisfacción experiencia



En relación a la satisfacción con la experiencia en enfermería reportó sentirse poco satisfechas ellas se encuentran totalmente satisfechas

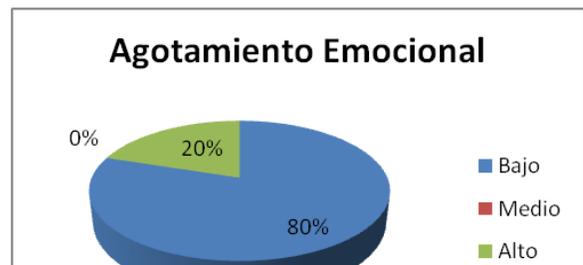
b) SUBESCALAS DEL BURNOUT

Los resultados para la población de enfermeras en la cual no se detectó ningún caso con burnout se detallan a continuación en cada una de las subescalas:

Subescala de agotamiento emocional

Tabla 54. Agotamiento emocional

Gráfico 54. Agotamiento emocional



Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	12	80
Medio	0	0
Alto	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario MBI
Gaibor Paulo César (2012)

Fuente: enfermeras a través del cuestionario MBI
Gaibor Paulo César (2012)

En la variable de agotamiento emocional 12 personas registran un nivel bajo, a diferencia de los médicos nadie registra valores medios, pero 3 personas presentan nivel alto de agotamiento emocional.

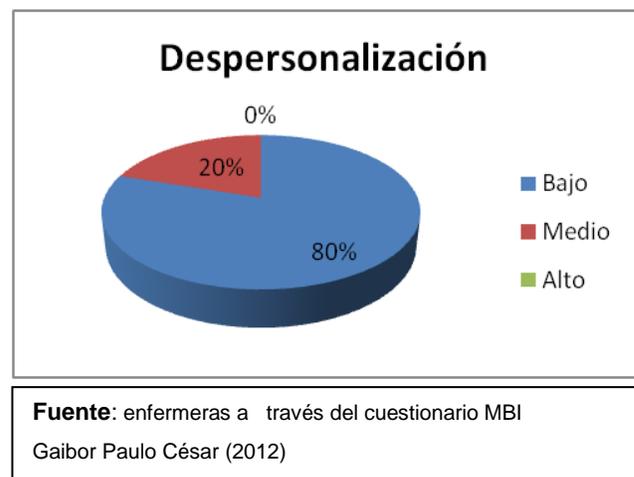
Subescala de despersonalización

Tabla 55. Despersonalización

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	12	80
Medio	3	20
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario MBI
Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 55. Despersonalización



Al igual que en la población de médicos no afectados por el burnout, nadie en la población de enfermeras registra valores altos de despersonalización, aunque tres personas

registraron valores medios, el resto de la población (12 personas), presenta valores bajos en esta subsescala.

Subescala de realización personal

Tabla 56. Realización Personal

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	1	6.66666667
Alto	14	93.33333333
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario MBI
Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 56 Realización Personal



Fuente: enfermeras a través del cuestionario MBI
Gaibor Paulo César (2012)

En cuanto a la realización personal, una sola persona registra valores medios, en tanto que 14 encuestadas presentan un alto nivel de realización personal, es decir se sienten satisfechas con el trabajo efectuado y desean realizarlo cada vez mejor, con un elevado nivel de vitalidad.

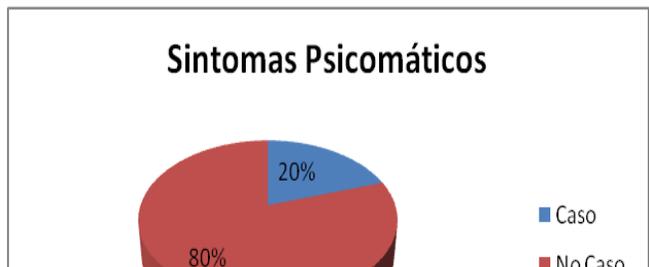
c) ESTADO DE SALUD GENERAL

Para el caso de las enfermeras la valoración de su resultado de salud fue el siguiente:

Síntomas Psicosomáticos

Tabla 57. Síntomas Psicosomáticos

Gráfico 57. Síntomas Psicosomáticos



Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	3	20
No Caso	12	80
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario de salud mental (GHC28)
Gaibor Paulo César (2012)

Fuente: enfermeras a través del cuestionario de salud mental (GHC28)
Gaibor Paulo César (2012)

En relación a los síntomas psicosomáticos (dolores de cabeza, cansancio, escalofríos), solo tres personas afirman haberlos experimentado.

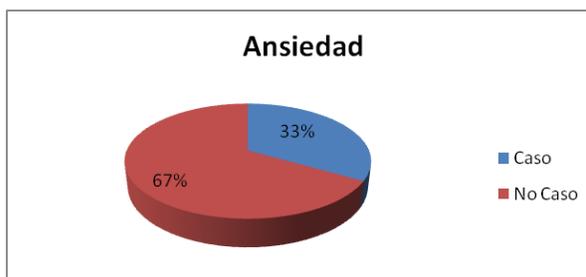
Síntomas de ansiedad e insomnio

Tabla 58. Ansiedad

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	5	33.3333333
No Caso	10	66.6666667
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario de salud mental (GHC28)
Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 58. Ansiedad



Fuente: enfermeras a través del cuestionario de salud mental (GHC28)
Gaibor Paulo César (2012)

Cinco licenciadas en enfermería presentan síntomas de ansiedad e insomnio, a continuación, la tabla y el gráfico correspondiente:

Síntomas de disfunción social

Ninguna de las encuestadas presenta síntomas de disfunción social

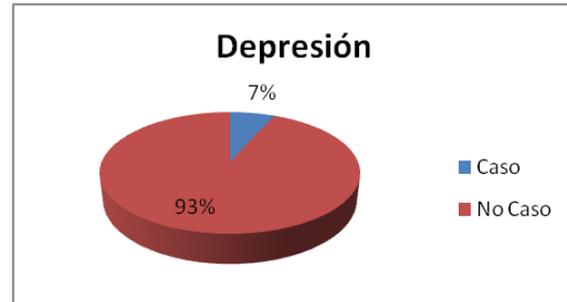
Depresión

Tabla 59. Depresión

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	1	6.66666667
No Caso	14	93.33333333
TOTAL	15	100

Fuente: enfermeras a través del cuestionario de salud mental (GHC28)
Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 59. Depresión



Fuente: enfermeras a través del cuestionario de salud mental (GHC28)
Gaibor Paulo César (2012)

En cuanto a síntomas de depresión una sola encuestada experimenta síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, deseos de quitarse la vida.

d) ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

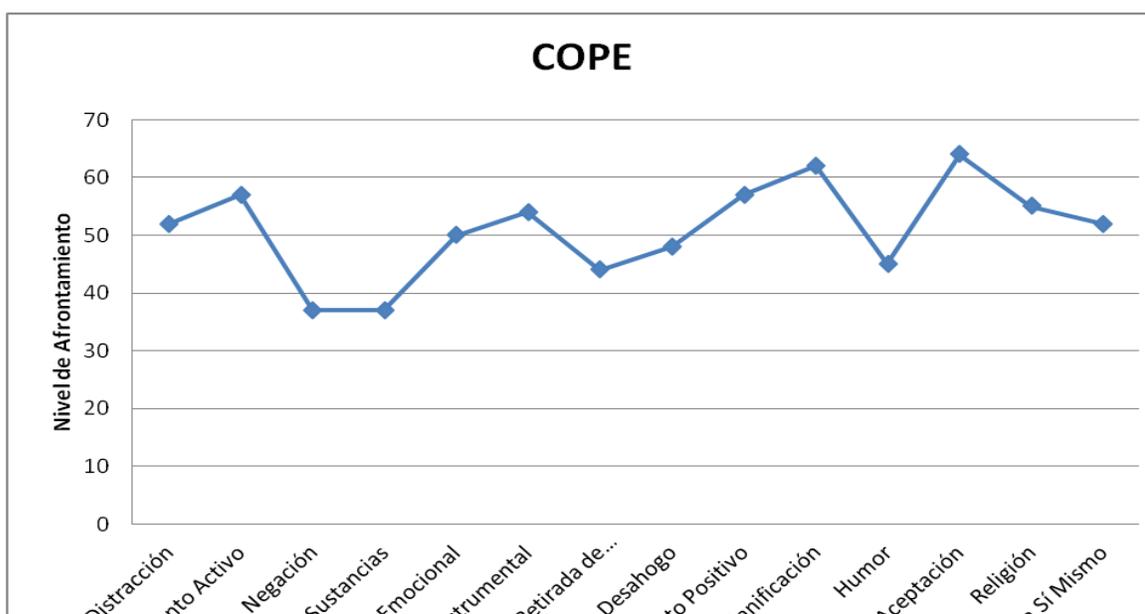
Tabla 60. Estilos de afrontamiento

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	52
Afrontamiento Activo	57
Negación	37
Uso de Sustancias	37

Uso del Apoyo Emocional	50
Uso de Apoyo Instrumental	54
Retirada de Comportamiento	44
Desahogo	48
Replanteamiento Positivo	57
Planificación	62
Humor	45
Aceptación	64
Religión	55
Culpa a Sí Mismo	52

Fuente: enfermeras a través del cuestionario Escala de estilos de afrontamiento BRIEF-COPE
Gaibor Paulo César (2012)

Gráfico 60. Estilos de afrontamiento

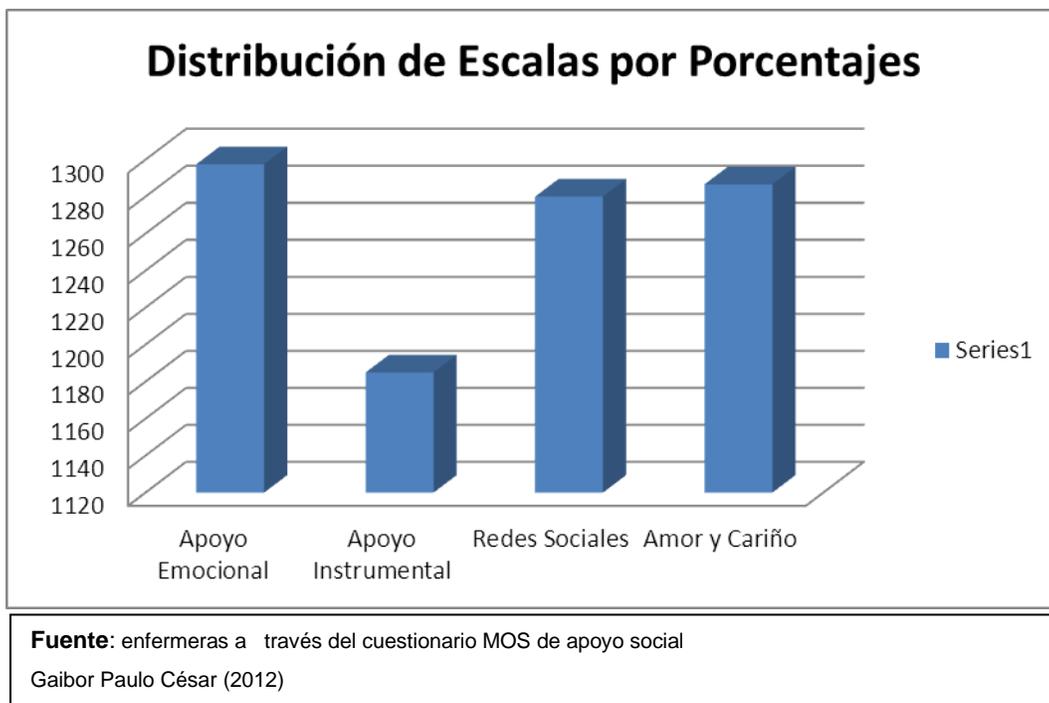


Fuente: enfermeras a través del cuestionario Escala de estilos de afrontamiento BRIEF-COPE
Gaibor Paulo César (2012)

Los estilos de afrontamiento más frecuentemente usados son (en orden gradual según su frecuencia) la aceptación, la planificación, el afrontamiento activo ,el replanteamiento positivo, el uso de apoyo instrumental ,la autodistracción , el uso de apoyo emocional, el desahogo, la retirada de comportamiento, y con puntuaciones realmente bajas se encuentran la negación y el uso de sustancias.

e) APOYO SOCIAL

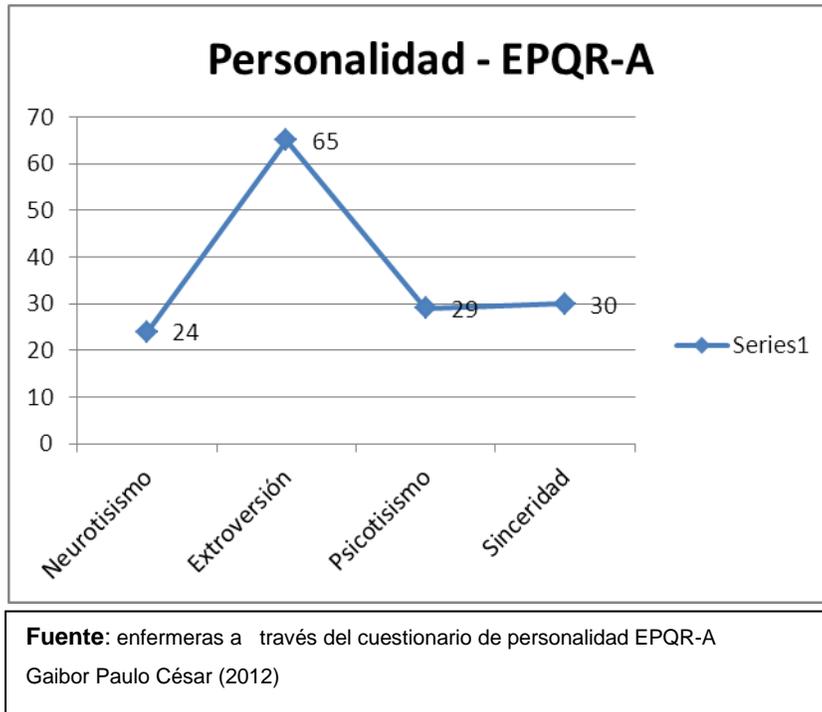
Gráfico 61. Apoyo social



En cuanto al apoyo social recibido, los resultados muestran que la población de enfermeras tiene altas puntuaciones en cuanto al apoyo emocional recibido, y una red social amplia proveedora de amor y cariño, en menor grado que todos los tipos de apoyo anteriores encontramos el uso de apoyo instrumental.

f) RASGOS DE PERSONALIDAD:

Gráfico 62. Rasgos de personalidad



De forma clara el rasgo de personalidad predominante es el de extroversión, lo que en términos generales implica la tendencia a la sociabilidad, las actividades en grupo, la presencia de amigos, la espontaneidad, la apertura al cambio, el sentido del humor, optimismo e impulsividad.

6.-DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al iniciar el análisis de los resultados obtenidos es preciso que en primer lugar tomemos en cuenta los alcances y limitaciones del presente trabajo de investigación:

El objetivo principal era la identificación de los niveles de burnout en los profesionales de la salud en la provincia de Tungurahua, luego de encuestar a 15 médicos, y 15 enfermeras en diferentes casas de salud, sólo uno de los encuestados cumplió con los criterios por medio de los cuales se determinaba la presencia del síndrome.

En tal virtud, considero que la interpretación que realicemos de las diferencias cualitativas y cuantitativas de ese único caso con la población no afectada por el síndrome debe ser realizada cautelosamente y servir más que nada como un parámetro de referencia puesto que en general, no considero que dichos resultados sean generalizables a otros profesionales, por las limitaciones que presenta todo estudio cuando se obtienen conclusiones a partir de un solo caso.

La información encontrada puede ayudarnos a describir características relevantes de la población que no presenta el síndrome, y esto puede servir como un valioso punto de partida para otras investigaciones, o para cuando se realice un estudio de mayor amplitud que revele una mayor prevalencia del burnout.

Si bien en términos generales existen más semejanzas que diferencias entre las personas no afectadas, y aquel único caso que resultó con SDP, lo cierto es que existen también algunos puntos cruciales que podrían ser determinantes en el resultado final que hemos enunciado.

Ya entrando en el análisis de las características socio demográficas y laborales, en el caso de los 14 médicos que no presentan índices elevados de burnout, encontramos que se trata de una población joven cuyo promedio de edad apenas llega a los 33 años, siendo solteros 8 de ellos, casados 5 y divorciados 1, solo dos de ellos vive solo, lo cual a nuestro juicio puede estar relacionado también con las elevadas calificaciones en los niveles de apoyo social que esta población recibe.

Su trabajo se desempeña en condiciones de estabilidad y 13 de los 14 encuestados sin burnout reportó estar entre bastante y totalmente satisfecho con su experiencia general

del trabajo; lo curioso de este resultado es que la persona afectada con burnout, también reportó satisfacción con la experiencia general del trabajo.

De igual forma, en la población de licenciadas en enfermería el trabajo se desempeña en condiciones de estabilidad, los niveles de satisfacción general fueron bastante altos (con excepción de un solo caso), y reportaron en su mayoría sentimientos positivos frente a su situación y entorno laboral, doce de las 15 encuestadas están casadas y 14 viven con otras personas, al igual que los médicos esto ayudaría explicar las puntuaciones elevadas en apoyo social recibido.

Sin embargo, se encontró un punto diferencial clave, en el hecho de que mientras las personas que no presentan niveles elevados del síndrome reportan sentirse bastante o totalmente valorados por los directivos de la institución al igual que de parte de sus colegas en el trabajo¹, la única persona diagnosticada con el síndrome indica no recibir una valoración positiva por parte de los directivos de la institución ni de parte de sus compañeros del trabajo.

Aunque en el caso de las enfermeras existen 4 personas “poco” satisfechas con la valoración de parte de los directivos, la persona diagnosticada con burnout fue la única de 30 personas que reportó no sentirse “nada” satisfecha con la valoración que la institución hacía de su trabajo (colegas y directivos)

Es una diferencia que merece ser analizada con detenimiento, puesto que de la totalidad de la muestra de los médicos 5 personas pertenecen a la misma institución (entre ellos aquella que padece del burnout), y sin embargo los niveles de apreciación de la valoración de colegas y directivos son notoriamente distintos.

De este resultado podríamos inferir una correlación entre el nivel de valoración percibido por parte de los colegas y directivos con la presencia del burnout, aunque por supuesto sería necesario establecer si la presencia del burnout es la causa o la consecuencia de dicha correlación.

¹ con la excepción de 3 personas (de un total de 29) que se sentía “poco” satisfecho en relación a la valoración recibida por parte de sus colegas y 4 de un total de 29 que se sentían poco satisfechas con la valoración recibida por parte de los directivos.

Desde luego que verificar este criterio, exigiría un estudio comparativo de mayor amplitud, pero el resultado que nos permite aventurar la hipótesis es bastante elocuente, puesto que, es el único factor en el que puede apreciarse una diferencia significativa entre la población con y sin burnout, ya que incluso los niveles de apreciación de valoración del trabajo por parte de los pacientes y de los familiares de ellos es bastante similar en ambos grupos.

Al topar el punto central de la investigación que es la identificación del nivel del burnout en los profesionales de la salud, se encontró que el factor que marcó la diferencia fue la despersonalización, es decir, el trato cada vez más frío y distante con los usuarios o pacientes.

En la población de médicos y enfermeras sin burnout se registraron un 14% de casos que presentaban valores medios en despersonalización, 86% de los entrevistados registraban una puntuación alta y solamente la persona con burnout registró valores bajos (lo cual equivale al 3.3 % del total de la población)

Curiosamente los valores de realización personal, es decir, la satisfacción por el trabajo realizado y el deseo de mejorar el desempeño en el mismo, resultaron altos en todos los encuestados inclusive en el caso de quien resultó afectado con el burnout.

Considerando que el agotamiento emocional estaba presente en un valor alto en un 7% de los casos, un valor medio en un 17% de los encuestados, y que el nivel de despersonalización se mantuvo en puntuaciones bajas para toda la población sin burnout², podríamos decir que en la presente investigación, la falta de involucramiento con los pacientes, la frialdad y el distanciamiento para con ellos es el factor predominante para distinguir la presencia del síndrome en una población más o menos homogénea en el resto de variables.

Una vez más, esta conclusión debería interpretarse con reservas, pero de poder generalizarse a una población más numerosa afectada con el burnout, implicaría que los reportes de los pacientes sobre el trato recibido por sus médicos podría considerarse

²Con la salvedad de 4 casos que registraron valores medios de despersonalización (equivalente al 14% de la población sin burnout).

también como un indicador del desgaste laboral, aun en médicos que reporten un grado general de satisfacción con su trabajo o que presenten niveles aceptables de realización personal, sería un interesante criterio para un diagnóstico diferencial.

Por otra parte, contrario a la investigación realizada por Mauricio Ramírez Pérez y Sau Lyn Lee Maturana, para la Universidad de Tarapacá en Arica, Chile, titulada “Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral”, en nuestro estudio no se encontraron diferencias relevantes en función del género en el apareamiento de las tres categorías que sirven de parámetro para detectar el síndrome.

Con la obvia excepción del caso que resultó en el diagnóstico del burnout en el resto de la población (de médicos) no se evidenció de modo significativo que fueran los hombres los que experimentarían un mayor grado de despersonalización, tal como se sostenía en la investigación a la que hicimos referencia en el capítulo 2 de nuestro marco teórico.

En cuanto al agotamiento emocional, en el caso de los médicos existen 2 personas que registran valores medios (un hombre y una mujer) y dos personas que registran valores altos (2 hombres), lo cual no sería una diferencia realmente apreciable en virtud del género, en todo caso la misma se orientaría hacia un mayor agotamiento para el caso de los varones, lo cual en todo caso contradice el prejuicio comúnmente difundido de que son las mujeres quienes pierden con más facilidad el control sobre las propias emociones.

Aunque la población en su mayoría no ha registrado la presencia del síndrome, un 23% registra valores de agotamiento emocional (en grado alto y medio), si bien esto no ha implicado la disminución de su sentimiento de satisfacción general ni su grado de realización personal, es un factor que merece ser considerado, puesto que combinado con otros factores podría a futuro constituir un eventual factor de riesgo.

En lo referente a la salud mental o estado general de salud, no existen diferencias considerables entre el grupo no afectado y el caso único que presentó burnout; en la población “normal” se registran un 14% de casos de médicos que experimentan síntomas de ansiedad, así como también un 17% en la población de enfermeras, que al igual que el caso que presenta el síndrome, también registra síntomas de ansiedad.

Un dato a destacar es que en el caso del médico afectado con burnout, la presencia de síntomas de ansiedad es coherente con un perfil de personalidad de tipo neurótico, este rasgo se asocia con puntuaciones más altas de ansiedad en tres de los 4 médicos que presentan estos síntomas. Sin embargo esta correlación entre ansiedad y neuroticismo no se verifica para la población de enfermeras que no tienen burnout.

En la población sin burnout existe un 24% en la presencia de síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza, cansancio, escalofríos etc. En el caso de los médicos, de los 4 profesionales con síntomas psicósomáticos uno tiene un agotamiento emocional alto y dos registran valores de agotamiento emocional medio.

De las tres enfermeras con síntomas psicósomáticos 2 también presentan un agotamiento emocional en nivel alto, si bien estos resultados no han desencadenado en burnout, es un factor que merece atención y que debería corroborarse con los resultados que de esta investigación se obtengan a nivel nacional, como un modesto aporte a futuros trabajos se puede afirmar que en este estudio se ha encontrado que el agotamiento emocional está relacionado a la presencia de síntomas psicósomáticos, aunque de los datos no es posible afirmar que el agotamiento emocional sea la causa o el efecto de la presencia de estos síntomas.

Curiosamente, el caso que registra burnout no tiene presencia de síntomas de tipo psicósomático, de modo que, la presencia de estos síntomas en la población no afectada (24% en total), nos hace pensar que la presencia de estos síntomas obedezca a otro tipo de variable, no necesariamente vinculada con el burnout, recordemos que finalmente, el ejercicio de toda labor profesional implica cierto nivel de desgaste en los trabajadores que los realizan.

La disfunción social no aparece en el caso diagnosticado con burnout, y tampoco en la población de enfermeras no afectadas por el síndrome; entre los médicos no afectados se registra un solo caso, de modo que no parece ser una variable diferencial significativa en el apareamiento del burnout, esto es coherente con los elevados sentimientos de realización personal de todos los encuestados (afectado y no afectados) y con el sentimiento general de satisfacción con el trabajo que registra la totalidad de la población (incluido el caso con SDP).

Lo propio sucede incluso con los síntomas de depresión, porque la población sin el síndrome registra al menos una persona experimentando depresión tanto en el caso de médicos y enfermeras. El caso diagnosticado con burnout también presenta síntomas depresivos.

Existe un hecho que es preciso destacar en el análisis de la población de médicos no afectados por el burnout, y es el caso de una persona que dentro de este grupo presenta al mismo tiempo síntomas de disfunción social, depresión y agotamiento emocional, dichas variables tienen una correlación lógica, sin embargo ayudan a reforzar el hallazgo de que es la variable de despersonalización la que tiene un peso determinante como criterio diferencial del apareamiento del burnout, ya que el caso diagnosticado comparte con esta persona características como el agotamiento emocional y los síntomas de depresión, pero no tiene semejanza en la variable de despersonalización³.

Analogía semejante se puede realizar en el grupo de las enfermeras, aunque ninguna de ellas presenta burnout, la persona que registra dentro de este grupo síntomas de agotamiento emocional, también muestra signos de depresión y en esto coincide con el caso que tiene SDP.

En otras palabras, se ha encontrado que no son las alteraciones sobre el estado de ánimo (agotamiento emocional, síntomas depresivos) las que marcan una diferencia significativa en el apareamiento del burnout, sino aquellas relacionadas con la relación de cercanía, que se mantiene con los destinatarios del trabajo (medida a través de la escala de despersonalización).

Si bien esta afirmación dista mucho de ser concluyente, puede respaldarse en otros resultados, como el hallazgo de que el caso diagnosticado con burnout es el único que reporta no sentirse nada valorado por parte de sus colegas y directivos, lo que a mi juicio revelaría también una forma de distanciamiento y actitudes negativas dirigidas a las personas que forman parte del entorno laboral.

³ Aunque en la población no afectada de médicos y enfermeras se registran en total 14 % de casos con valores medios de despersonalización (que corresponde a un médico y tres enfermeras), el caso diagnosticado con burnout es el único que presenta valores altos en esta subescala.

En la revisión de investigaciones de nuestro marco teórico (Ríos-Risquez, Godoy-Fernández 2008) se dijo que la satisfacción laboral se encuentra altamente asociada al nivel de salud o bienestar psíquico, considerando que, de entre toda la población sin burnout una mayoría de al menos 70% presenta una buena salud y un alto nivel de satisfacción global general, debemos coincidir con las conclusiones del trabajo que inicialmente consideramos como parámetro de comparación.

En lo relativo al análisis de los principales tipos de afrontamiento encontramos que en el caso de los médicos son empleados en un mayor grado aquellas formas de enfrentar un problema que implican fortalecer las capacidades de tipo cognitivo a nivel individual, o que tienen base en un locus de control interno, nos referimos en concreto al afrontamiento activo, la aceptación, la planificación, la auto distracción y el replanteamiento positivo.

Todas las formas positivas de afrontamiento registran un valor alto en el caso de los doctores (no afectados por el síndrome), sin embargo en base a lo observado se puede afirmar que los médicos sin burnout, afrontan la situación estresante con un predominio de sus capacidades de tipo individual, a mi criterio la evidencia de esta afirmación la encontramos en que el uso del apoyo emocional tiene la puntuación más baja entre los estilos de afrontamiento más funcionales.

Los resultados en el caso de las enfermeras muestran un mayor nivel de utilización de estilos de afrontamiento positivos, y al igual que los médicos presentan un bajo uso de estilos negativos de afrontamiento (negación, o uso de sustancias), pero aquí debemos realizar dos consideraciones:

- a) En el caso de las enfermeras las puntuaciones de estilos de afrontamiento en general registran valores más bajos comparados con el uso que de ellos hacen los médicos, aquí queda formulada una inquietud que puede dar pie a futuros estudios, posiblemente un análisis global de las investigaciones realizadas a nivel nacional por la UTPL, pueda ratificar esta afirmación comparando el nivel de uso de estilos de afrontamiento de médicos y enfermeras.
- b) En la utilización de estilos de afrontamiento de los médicos, las puntuaciones muestran que el estilo más frecuentemente utilizado en ellos es el afrontamiento activo, y en las enfermeras es la aceptación, de ahí que las diferencias entre una

mejor utilización de los estilos de afrontamiento podría explicarse en función de que los médicos tienden más a buscar soluciones a los problemas que se les presentan y las enfermeras en cambio tratan de lidiar con la situación tal y como se les presenta.

En base a estas consideraciones se puede afirmar que los médicos estarían en mejores condiciones de asumir el control sobre un evento estresante, lo cual como sabemos, es un factor que ayuda a mantener el control y el equilibrio emocional.

El marco teórico hizo referencia a la investigación de Consuelo Morán Astorga quien realizó un estudio con 366 trabajadores de servicios humanos respondieron a una serie de cuestionarios para medir (a) burnout; (b) afrontamiento; (c) satisfacción en el empleo, y (d) disfunción social. (Morán Astorga 2008).

Ese estudio concluyó que los modos de afrontamiento funcionales (planificación, afrontamiento activo, reevaluación positiva...) se relacionan con mayor satisfacción en el trabajo y menor burnout y los modos de afrontamiento disfuncionales como la negación, el uso de sustancias, se relacionan con baja satisfacción en el trabajo y mayor burnout.

Los datos de la investigación realizada en la provincia de Tungurahua respaldan esa conclusión, de hecho el único caso registrado con burnout presenta un alto uso de esos estilos de tipo disfuncional.

Adicionalmente a estos datos, debemos afirmar que para la población de médicos la planificación se encontraba en los estilos más utilizados, en tanto que, en el caso del médico afectado con burnout la planificación fue el único estilo que obtuvo una baja puntuación, el resultado es concluyente, si bien como hemos dicho un solo caso no hace posible la generalización de este hecho a otras personas afectadas con el síndrome.

La autoinculpación constituye un estilo de afrontamiento que puede resultar especialmente perjudicial; como era de esperarse, la persona diagnosticada con burnout presenta elevados niveles en este modo de encarar las dificultades, pero un dato a destacar en la discusión es que los médicos no afectados registran puntuaciones que si bien no son las más altas, pueden ser el reflejo de una tendencia no muy saludable a utilizar este tipo de afrontamiento por encima de otros estilos más positivos, como el humor, el uso del apoyo instrumental, el uso del apoyo emocional o el deshago.

Si como hemos dicho, los médicos utilizan preferentemente estilos de afrontamiento que dependen de factores intrínsecos, el uso de la autoinculpción puede tener efectos particularmente contraproducentes.

En cuanto al grado de apoyo social recibido, no existe algún hecho relevante que nos permita en el caso de los médicos establecer una clara diferenciación entre el médico que presenta burnout y el resto de sus colegas, salvo señalar que el médico que presenta el burnout tiene un menor grado de apoyo emocional, aunque en general tiene puntuaciones de apoyo social bastante aceptables. Adicionalmente, llama la atención en el caso de las enfermeras, que el apoyo instrumental está en un nivel mucho más bajo que todas las otras formas de apoyo.

Recordando que el apoyo instrumental implica recurrir a personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación, resulta inquietante saber que las enfermeras no reciben este tipo de apoyo en una profesión en la cual la experiencia de otros compañeros puede resultar indispensable para poder hacer frente a situaciones delicadas que se presentan en la atención a personas en un ambiente hospitalario.

Adelantando un poco los criterios sobre el análisis de personalidad de los encuestados, cabe señalar que, dado que el rasgo de personalidad predominante es la extroversión, la falta de uso de apoyo instrumental debe explicarse por fallas de comunicación en el entorno profesional no atribuible a factores individuales.

Esta observación se corrobora considerando que entre los factores relevantes para el diagnóstico del burnout en el único caso presentado, se encuentran: el no recibir valoración positiva de parte de sus colegas y directivos, lo que su vez nos remitiría a una deficiencia en los canales comunicativos al interior de las instituciones.

Se ha considerado el trabajo realizado por Avendaño, Bustos, Espinoza, García, Pierart (2009), Burnout y apoyo social en personal del servicio de Psiquiatría de un hospital público, para el análisis de la variable del apoyo social.

Los estudios previos citados en el marco teórico (Avendaño et al 2009), concluyeron que una mayor percepción de apoyo social recibido en el trabajo, ya sea de apoyo total

como de los compañeros o de los superiores, influye en una menor presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en particular, que a más percepción de apoyo recibido de los superiores habría menos despersonalización.

Los resultados que se han obtenido concuerdan en esta afirmación, puesto que el caso que presenta burnout reporta no recibir el apoyo suficiente por parte de los directivos de la institución y manifiesta encontrarse poco satisfecho con la colaboración por parte de sus colegas de trabajo, y en efecto aun en la población sin burnout(médicos y enfermeras) valores más bajos de satisfacción con el apoyo recibido por la institución se encuentran correlacionados con valores más altos en la variable de despersonalización.

En el análisis de los rasgos de personalidad los resultados son contundentes (aunque no necesariamente generalizables), el rasgo que predomina en la población no afectada es la extroversión y el único caso con burnout registra valores altos en un perfil de neuroticismo, perfil que implica ansiedad, preocupación, tendencia a los cambios de humor y sentimientos de depresión, esto concuerda con los otros resultados obtenidos en la persona con burnout que registró tendencia depresiva y síntomas de ansiedad.

Dado que el perfil de extroversión, es característico de personas sociables, que buscan la actividad y el contacto permanente con otros seres humanos, además de la apertura al cambio, la espontaneidad y otras características, el hecho de que en el caso que presenta burnout no reporte buenas relaciones con sus colegas y superiores, puede estar relacionado con un perfil de personalidad poco comunicativo, si este resultado fuera generalizable a todos los casos con burnout ,eso podría sugerir una adecuada línea de ruta para un eventual plan de intervención.

Los resultados obtenidos confirman la relación inversa del rasgo de extroversión con la variable de despersonalización, en efecto, siendo la extroversión el rasgo predominante en los encuestados que en su mayoría registraron bajos niveles de despersonalización, lo cual concuerda con la investigación de Novoa,,Nieto,.Forero,C.,et al (2005),que citamos en el marco teórico como punto de referencia.

7.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a) Conclusiones

1.- La investigación detectó un solo caso con burnout entre los 30 encuestados (médicos y enfermeras), el factor diferencial preponderante entre las personas sin burnout y el único caso detectado lo constituye un alto sentimiento de despersonalización y el hecho de no experimentar una valoración positiva por parte de sus colegas y sus directivos.

En la población no afectada de médicos existe un 7% de personas con un agotamiento emocional medio, un sentimiento de despersonalización medio en un 3,44%, en tanto que la población de enfermeras (que no registra ningún caso con burnout) registra un 10,34% de agotamiento emocional alto, y el mismo el mismo porcentaje con un sentimiento de despersonalización medio, solamente el caso con burnout registró valores altos de despersonalización entre los 30 encuestados, lo cual equivale a un 3,3% del total de encuestados.

Se ha encontrado que no son las variables relacionadas con el estado de ánimo (agotamiento emocional, síntomas depresivos, ansiedad) las que marcan una diferencia significativa en el apareamiento del burnout, sino aquellas relacionadas con la relación de cercanía, que se mantiene con los destinatarios del trabajo (medida a través de la escala de despersonalización)

2.- En cuanto al estado de salud mental de los profesionales de la salud, la investigación encontró la presencia de síntomas psicósomáticos en un 14% en los médicos y 10,34% de las enfermeras no afectadas por el síndrome, la disfunción social se encuentra presente en uno sólo de los médicos, 14% de los doctores y 17% de las enfermeras atraviesan síntomas de ansiedad y existen síntomas depresivos en un 7% de profesionales de la salud (que corresponde a un médico y una enfermera).

El caso diagnosticado con burnout, experimenta síntomas de ansiedad y tendencia hacia la depresión, sin embargo no presenta ni disfunción social, ni síntomas de tipo psicósomático.

Se concluye de los datos del estudio que la presencia de síntomas psicosomáticos, y de disfunción social no se encuentran relacionadas de forma significativa con el apareamiento del burnout.

3.- Un 93,3% de los médicos encuestados hace un buen uso de los medios de afrontamiento, en especial de aquellos aquellas formas de enfrentar un problema que implican fortalecer las capacidades de tipo cognitivo a nivel individual, o que tienen base en un locus de control interno, como el afrontamiento activo, la aceptación, la planificación, la auto distracción y el replanteamiento positivo.

En comparación con los médicos, las enfermeras encuestadas hacen un menor uso de los estilos de afrontamiento, pero sin embargo predomina el uso de estilos positivos, a diferencia de los médicos anteponen la aceptación al afrontamiento activo y al igual que los médicos presentan un bajo uso de estilos negativos de afrontamiento (negación, o uso de sustancias).

En cuanto a estilos de afrontamiento la autoinculpación es utilizada por todos los médicos y enfermeras, sin embargo obtiene puntuaciones más altas en el caso diagnosticado con burnout.

Además, el único caso afectado con el síndrome del burnout, destaca por el uso frecuente de la negación y el uso de sustancias, así como una notoria baja puntuación en el estilo de planificación, es decir que existe un déficit en la capacidad de pensar y analizar qué pasos se deben seguir para realizar un afrontamiento activo.

4.- Médicos con y sin burnout presentan elevados niveles de apoyo social, al igual que las enfermeras no afectadas por el síndrome. Sin embargo, el caso con SDP, presenta un menor nivel de apoyo emocional y de amor y cariño que en los médicos y enfermeras sin el síndrome tiene puntuaciones bastante altas.

Médicos y enfermeras sin el síndrome registran menores niveles de uso del apoyo instrumental en comparación con el apoyo emocional, redes, sociales y amor y cariño, las

enfermeras inclusive reciben menos apoyo instrumental que los médicos sin el síndrome, cuyas puntuaciones en este mismo aspecto son más bajas que en el resto de variables que configuran el apoyo social.

Por otra parte la persona con burnout tiene niveles altos de apoyo instrumental y de redes sociales, que son incluso más elevados que los obtenidos en la población sin burnout.

5.- El rasgo predominante en la población de médicos y enfermeras que no presentan burnout es la extroversión, en tanto que el único médico que presenta el síndrome predomina el neuroticismo como rasgo de personalidad, lo cual es compatible con los síntomas de ansiedad que presenta el sujeto con burnout.

b) Recomendaciones

- Los datos de la investigación determinaron que entre los médicos predomina un enfoque individual de la forma de afrontar los problemas, este dato es importante porque en un programa de prevención orientado a prevenir el apareamiento del síndrome fortaleciendo el uso de estilos positivos de afrontamiento debería enfocarse más en el desarrollo de las capacidades individuales (pensamiento positivo, reinterpretación positiva, estrategias de resolución de problemas) que en la construcción de vínculos emocionales con las demás personas; aunque por supuesto ambos aspectos son igual de importantes y ambos constituyen factores mediadores en el apareamiento del síndrome.
- Se puede decir con base en los resultados obtenidos y el análisis de los mismos, que las profesionales de enfermería mostraron un déficit en relación a los estilos de afrontamiento utilizados, considerando que los estilos de afrontamiento son un factor mediador del apareamiento del burnout, se hace necesario en el caso de las enfermeras que los departamentos encargados de la gestión de recursos humanos consideren un plan de intervención orientado al potencializar el uso y conocimiento de los diversos estilos existentes para tratar de reducir las fuentes de estrés, en especial el uso del afrontamiento activo.
- Por otra parte dado que en la investigación se determinó cierta tendencia al uso de la autoinculpación como estrategia de afrontamiento sería importante comprobar cuál es la tendencia a nivel nacional, puesto que si llega a determinar con certeza que la autoinculpación forma parte de la idiosincrasia de los médicos en su modo de lidiar con los problemas, sería necesario que desde las mismas facultades de medicina se hiciera lo posible por revertir este modo de pensar que puede resultar especialmente nocivo para el bienestar emocional de los profesionales de la medicina.
- De los resultados también se desprende que en las instituciones de salud deben establecerse mejores estrategias de comunicación entre los profesionales que laboran en ellas, sería importante que los médicos y enfermeras estuvieran mejor preparados o tuvieran mejores condiciones para recibir en su propio lugar de

trabajo el apoyo instrumental que necesitan y el mismo grado de apoyo emocional que reciben en casa.

- Aunque la población en su mayoría no ha registrado la presencia del síndrome, 23.3 % de ellos registran valores de agotamiento emocional (en grado alto y medio), si bien esto no ha implicado la disminución de su sentimiento de satisfacción general ni su grado de realización personal, es un factor que merece ser considerado, puesto que combinado con otros factores podría a futuro constituir un eventual factor de riesgo.

8.-Bibliografía

a) Páginas Electrónicas

- La motivación en el entorno laboral unidad 4(n.d) , consultado el 18 de febrero del 2012, de la página web de mac millan profesional, en http://www.macmillanprofesional.es/fileadmin/files/online_files/profesional/guia_rapida/datos/unidades_libro_alumno/retunidad04.pdf
- Patrón de Conducta Tipo A,(n.d). Consultado el 27 de Enero del 2012 , Psicología Online : <http://www.psicologia-online.com/pir/patron-de-conducta-tipo-a.html>
- Psiquiatría ,com <http://www.psiquiatria.com/noticias/ansiedad/estres/22183/>
- Romero, D.(2005) , Aproximación a la motivación en el trabajo , Consultado el 20 de enero del 2012 en <http://trabajoymotivacion.blogspot.com/>
- Universia.es (n.d), Burnout o Síndrome del quemado , obtenida el 7 de enero del 2012 de <http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/index.htm>

b) Artículos electrónicos

- Alvarez,Rocío. *Estrés Laboral: Síndrome de Burnout o desgaste profesional* [en línea].
<http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/estres_laboral_sindroome_burnout.htm>[Consultado en 12 abril , 2012
- 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 XV (2), recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art07.pdf>
- Corredor,M,E., Monroy,J,P.(1999) *descripción y comparación de Patrones de conducta, estrés Laboral y burnout en personal Sanitario*.Bogotá, citando a Buen Día,J.Estrés laboral y salud.Madrid.1998
- Fernández, Abigail “ Relevancia del estudio del agotamiento profesional (Burnout) en personal de enfermería. Estado del arte” [en línea]. Enf Neurol (Mex) Vol. 10, No. 3: 135-140, 2011.< <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>> [Consulta: 14 de febrero 2012]

- Fidalgo Vega, M. (n.d), Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales España, consultado el 11 de enero del 2012 en http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Garcés de los Fayos, E., J., (nd), el burnout, obtenida el 14 de enero del 2012 en : <http://www.salves.com.br/virtua/burnout.htm>
- Gil la Cruz, M., Izquierdo A., Intervención en el patrón de conducta del tipo A: Un modelo interdisciplinar, Obtenida el 26 de enero del 2012, de [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/E999525C3F913F8D05256F9D007234FD/\\$file/03-persona7-gil-lacruz.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/E999525C3F913F8D05256F9D007234FD/$file/03-persona7-gil-lacruz.pdf)
- Gil-Monte, P. R. (2001, 25 de julio). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica.com*, 3(5). Disponible en: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)
- Hernandez, T., Terán, O., Navarrete, D. & León, A. (2007). El síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición, Recuperado de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4_-_No.5.pdf
- Marrau, M., C. (2004), El síndrome de burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador decente, Fundamentos en humanidades, 2do semestre, año/volumen 05, número 010, Universidad Nacional de San Luis Argentina, pp.53-68, obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/184/18401004.pdf>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. nº 112. Septiembre. 2010. recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Morán Astorga, C. (2008), *Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en Servicios humanos*, Universidad de León (España), recuperado de <http://www.ruct.uva.es/pdf/Revista%209/9210.pdf>

- Novoa,M., Nieto,C., Forero,C., Caycedo, C., Riveros, M., Montealegre, Ma. et al (2005), Relación entre el perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería, *Universitas Psychologica*,enero-junio.año/vol4.,número 001 Pontificia Universidas Javeriana,Bogotá ,Colombia recuperado de redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64740108.pdf
- Orozco Africano,J.,P.(nd), *Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena*,obtenida el 16 de enero 2012 en <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm>
- Ortega Ruiz,C.,López Ríos,F.(2003). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1, *International Journal of Clinical and Health Psychology* ,Vol. 4, Nº 1, pp. 137-160
- Parra,M.(2003). *Conceptos básicos de salud laboral* , *Organización Internacional del Trabajo* , recuperado de <http://www.oit Chile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf><http://www.oit Chile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf>
- Pérez Bilbao, J., Daza,F.(n.d) , *El apoyo social*, *Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales España*, recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf
- Quass,C.(2006) , *Diagnóstico de burnout y técnicas de Afrontamiento al estrés en profesores Universitarios de la quinta región de Chile*, en: *psicoperspectivas revista de la escuela de psicología facultad de filosofía y educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso vol. V (1) [pp. 65 - 75]* , Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.equipu.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/35/35>
- Ramírez ,M., Lee Maturana, S. , Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral , *Universidad de Tarapacá, Arica, Chile* , recuperado de www.revistapolis.cl/30/doc/art19.doc
- Ríos-Risquez MI, Godoy-Fernández C. Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *EnfermClin.*

2008;18(3):134-41.recuperado

de

www.elsevier.es/sites/default/files/.../35v18n03a13123237pdf001.pdf

- Zamora Granado (n.d) . *El síndrome de burnout*. Obtenida el 5 de enero del 2012 en http://www.geosalud.com/Salud_Mental/burnout.htm

c) Textos

- Barlow ,David.,Durand,V.(2001). *Psicología anormal Un enfoque integral* (segunda edición).México: International Thomsom Editores
- Bosqued,Marisa.(2008). *Quemados , el síndrome del burnout Qué es y como superarlo (p.21)* .Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Cloninger,S.C.(2003).*Teorías de la Personalidad (Tercera Edición)*.México: Pearson Educación
- Colom Marañón ,B.R.82006).*Psicología de las Diferencias Individuales* .Madrid: Ediciones Pirámide
- Llana Alvarez,J.(2006). *Ergonomía y psicología aplicada. séptima edición*. Manual para la formación del especialista.Valladolid: Lex Nova
- Myers,D.G.(2005).*Psicología social (8ª.edición)*.México:McGraw-Hill Interamericana
- Morris ,Ch.G., Maisto,A.(2005). *Psicología (Duodécima Edición)*.México: Pearson Educación

9.- ANEXOS

CUESTIONARIOS APLICADOS

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL (1)

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

DATOS PERSONALES

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

Menciona la ciudad en la que trabaja actualmente _____

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia: Mestizo Blanco Indígena afro ecuatoriano

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

Profesión: Médico/a Especialidad en medicina en: _____

Enfermera/o

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuantas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: Si No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

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

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

No Si ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE MBI (2)

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

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

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

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

	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado						
2. Al final de la jornada me siento agotado						
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo						
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan los pacientes						
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos						
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi						
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes						
8. Me siento agobiado por el trabajo						
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros						
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo						
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente						
12. Me encuentro con mucha vitalidad						
13. Me siento frustrado por mi trabajo						
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro						
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de mis pacientes a lo 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						

Cuestionario (GHQ-28) (3)

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

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <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 tenido agotamiento 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. Peor que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual</p>	<p>D4. ¿Ha pensado e 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 mejor 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>

Cuestionario BRIEF-COPE (4)

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

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

1. Me he estado centrando en el trabajo y tras actividades para aportar 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 interpretar 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 sentimiento 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 dar con alguna estrategia acerca de qué hacer	1	2	3	4
13. Me he estado criticando a mi 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

CUESTIONARIO DE AS (5)

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

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

Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número de 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					

CUESTIONARIO EPQR-A (6)

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

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

CERTIFICACIONES INSTITUCIONALES

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



UNIDAD ONCOLOGICA
SOLCA TUNGURAHUA

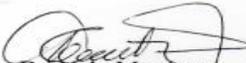
Izamba - Alfredo Coloma y Enrique Sánchez
Teléfonos: 2856098 - 2452750 - Fax: 2451995

CERTIFICADO

Por medio de la presente certifico que el señor Paulo César Gaibor, realizó su trabajo de investigación sobre la identificación del burnout en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua, con la participación de cinco médicos y nueve enfermeras que laboran en esta institución.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Ambato, mayo 09 de 2012


Dr. Nalo Martínez
Director Médico
U.O.S.T.

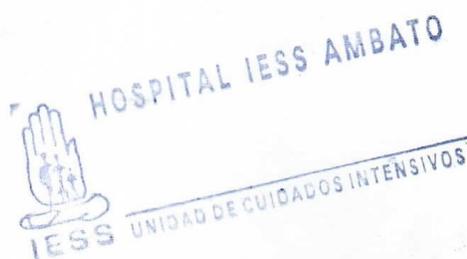


Ambato 5 de mayo del 2012

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certifico, que el señor Paulo César Gaibor realizó su trabajo de investigación sobre la identificación del burnout en el Hospital IESS Ambato en la unidad de cuidados intensivos, con la colaboración de una licenciada en enfermería que labora en esta institución.

Es todo lo que puedo afirmar en honor a la verdad.



Sulca Susana

1802387801

Lcda. Susana María Sulca

Hospital IESS Ambato

Cevallos, 5 de mayo del 2012

CERTIFICACIÓN

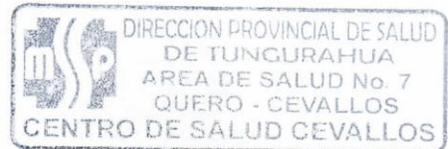
Por medio de la presente certifico, que el Señor Paulo César Gaibor realizó su trabajo de investigación sobre la identificación del Burnout en el Centro de Salud Cevallos, con la participación de tres profesionales médicos y tres enfermeras que laboran en esta institución.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.



A handwritten signature in blue ink, reading "Angélica López", written over a horizontal line.

Dra. Angélica López



CC: 180300706-9

COORDINADORA ENCARGADA

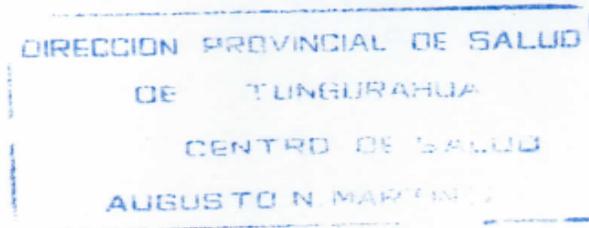
DEL "CENTRO DE SALUD CEVALLOS"

CERTIFICACIÓN

Ambato, 17 de abril del 2012

Por medio de la presente se certifica en que el subcentro de salud de la parroquia Augusto Martínez del cantón Ambato, se llevó a cabo la investigación sobre el síndrome del burnout realizada por el señor Paulo César Gaibor, el personal médico (2) y de enfermería (2) completó los 6 cuestionarios propuestos para dicho trabajo de investigación.

Es todo lo que puedo afirmar en honor a la verdad, autorizo al interesado hacer uso del presente certificado en la forma que considere pertinente.



Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Katherine Vallejo", is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "MEDICINA GENERAL" and "CNS 988".

Dra.Katherine Vallejo

Ambato 5 de mayo del 2012

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certifico que el señor Paulo César Gaibor realizó su trabajo de investigación sobre la identificación del burnout en la CLÍNICA DURÁN, con la participación de 3 doctores que laboran en esta casa de salud.

Es todo lo que puedo afirmar en honor a la verdad



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Juan José Durán G.", written over a horizontal line.

Dr.M.Sc.Juan José Durán

GERENTE GENERAL

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certifico que el señor Paulo César Gaibor realizó su trabajo de investigación sobre la identificación del burnout en la Clínica de Especialidades Médicas “La Guadalupana”, de la ciudad de Ambato con la participación de dos doctores que laboran en esta casa de salud.

Es todo lo que puedo afirmar en honor a la verdad


Paulina Altamirano
Administración Clínica de Especialidades Médicas
“La Guadalupana”

Dra. Paulina Altamirano

Administración Clínica “La Guadalupana”