



**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 Clínica Emediccenter y Hospital Metropolitano de Quito”

Trabajo de fin de titulación

**AUTOR(S):**

Gruezo Moreira, Christian Paul

**DIRECTOR(A) DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA**

Espinosa Iñiguez , Jhon Remigio

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO**

**2012**

## **CERTIFICACIÓN**

Lcdo. John Espinosa  
TUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe de trabajo de fin de carrera, que se ajusta a las normas establecidas por la Escuela de Psicología, Modalidad Abierta, de la Universidad Técnica Particular de Loja, por tanto, autoriza su presentación para los fines legales pertinentes.

---

Christian Paul Gruezo Moreira

Loja, de agosto del 2012

## **ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO**

“Yo, Christian Paul Gruezo Moreira, declaro ser autor del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos y tesis/trabajos de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

---

Christian Paul Gruezo Moreira

1714785852

## **AUTORIA**

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

---

Christian Paul Gruezo Moreira

1714785852

## **AGRADECIMIENTOS**

A MI PADRE: por otorgarme el tiempo necesario y apoyo suficiente para llevar a término mi carrera.

A MIS SOBRINAS: por compartir momentos felices que han dado sentido a mi vida

A ALINA: por el apoyo incondicional durante mis últimos años de formación.

A LCDO. JOHN ESPINOSA: por otorgarme la asesora necesaria para el término de este proyecto.

## **DEDICATORIA**

A mi padre, porque creyó siempre en mí y por sacarme adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a usted, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que siente por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

Va por usted, por lo que vale, porque admiro su fortaleza y por lo que ha hecho de mí.

A mis hermanos, sobrinas, y amigos. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

## INDICE

PORTADA	i
CERTIFICACION	ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO	iii
AUTORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
INDICE	1
1 RESUMEN	4
2 INTRODUCCION	5
OBJETIVOS	6
3 MARCO TEORICO	8
3.1 DEFINICIONES Y DELIMITACION HISTORICA DEL SINDROME BURNOUT	9
3.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT	10
3.2.1 Modelos teóricos-etiológicos	10
3.2.1.1 Modelo de competencia social de Harrison	10
3.2.1.2 Modelo de Cherniss	10
3.2.1.3 Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper	11
3.2.2 Modelos etiológicos elaborados desde la teoría del intercambio social	12
3.2.2.1 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy	12
3.2.3 Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organizacional	12
3.2.3.1 Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter	12
3.2.3.2 Modelo de Cox, Kuk y Leiter	13
3.2.3.3 Modelo de Winnubst	13
3.2.4 Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural	14
3.2.4.1 Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel	14
3.3 POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT FACTORES DEL DESARROLLO	14
3.4 DEL SINDROME BURNOUT	15
3.4.1 FACTORES ORGANIZATIVOS	15
3.4.2 FACTORES PERSONALES	18
3.4.3 FACTORES SOCIOCULTURALES	18

3.5	PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL SINDROME BURNOUT	18
	BURNOUT Y SU RELACION CON VARIABLES	
3.6	SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES	20
3.7	EL BURNOUT Y SU RELACION CON LA SALUD	23
3.7.1	Consecuencias Psicológicas del Burnout	25
3.7.2	Consecuencias Conductuales del Burnout	26
3.7.3	Consecuencias físicas del Burnout	26
3.8	EL BURNOUT Y LA DEPRESIÓN	27
3.9	EL BURNOUT Y LA MANERA DE AFRONTARLO	28
	ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN E	
3.10	INTERVENCIÓN	29
3.11	EL BURNOUT Y EL APOYO SOCIAL	31
	TIPOS DE PERSONALIDAD CON RELACION A LA	
3.12	PREDISPOSICION AL BURNOUT	34
3.13	LOCUS DE CONTROL	34
3.14	OBSERVACIONES	36
4	METODOLOGIA	37
4.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	38
4.2	PLANTEAMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN	38
4.3	POBLACION	39
4.4	INSTRUMENTOS	39
4.5	RECOLECCION DE DATOS	40
5	RESULTADOS OBTENIDOS	42
5.1	MÉDICOS SIN BURNOUT	43
5.1.1	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES	43
5.1.2	DATOS DEL CUESTIONARIO MBI	56
5.1.3	DATOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL	57
5.1.4	DATOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO	59
5.1.5	DATOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL	60
5.1.6	DATOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD	60
5.2	ENFERMEROS SIN BORNOUT	61
5.2.1	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES	61
5.2.2	DATOS DEL CUESTIONARIO MBI	73
5.2.3	DATOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL	74



5.2.4	DATOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO	76
5.2.5	DATOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL	76
5.2.6	DATOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD	77
6	DISCUSION DE RESULTADOS	78
	DETERMINAR EL ESTADO DE LA SALUD MENTAL DE LOS	
6.1	PROFESIONALES DE LAS INSTITUCIONES APLICADAS	79
	IDENTIFICAR EL APOYO SOCIAL, PROCEDENTE	
6.2	DE LA RED SOCIAL INDIVIDUAL	81
	IDENTIFICAR LOS RASGOS DE PERSONALIDAD	
	DE LOS PROFESIONALES QUE SEAN	
6.3	IDENTIFICADOS CON EL SÍNDROME BURNOUT	81
	CONOCER LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES	
6.4	ADVERSAS EN ACTIVIDADES PROFESIONALES	82
	IDENTIFICAR LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
6.5	COMO FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME	85
	CONOCER LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES	
6.6	ADVERSAS EN ACTIVIDADES PROFESIONALES	87
	IDENTIFICAR EL APOYO SOCIAL, PROCEDENTE	
6.7	DE LA RED SOCIAL INDIVIDUAL	87
	IDENTIFICAR LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE	
	LOS PROFESIONALES QUE SEAN IDENTIFICADOS	
6.8	CON EL SÍNDROME BURNOUT	88
7	CONCLUSIONES	91
	CONCLUSIONES	92
	RECOMENDACIONES	94
8	BIBLIOGRAFIA	96
9	ANEXOS	99

## 1. RESUMEN

La Universidad Técnica Particular de Loja a través del Departamento de Psicología propuso el programa de graduación con el tema “Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”, cuyo objetivo es identificar el Síndrome en médicos y enfermeras, determinar variables como estado civil, edad, sexo, etc. que influyan en este, conocer los medios de afrontamiento desarrollados ante situaciones adversas y detectar rasgos de personalidad que los harían más vulnerables al síndrome.

Para demostrar la tendencia a tener o no el síndrome, se entrevistó 15 médicos de la Clínica EmedicCenter y 15 enfermeras de cuidados críticos del Hospital Metropolitano, de los cuales ninguno presentó el síndrome, pero se encontró personas que tienen tendencia a padecerlo.

Los instrumentos aplicados fueron los test: Sociodemográfico, MBI, Salud General, Afrontamiento, Apoyo Social y Personalidad, cuyos resultados determinaron que en general no hay presencia del síndrome.

No se determinó ninguna variable como síntoma de prevalencia del Burnout, concluyendo que la salud mental y laboral de la población está dentro de los límites normales con tendencia mínima a desarrollarlo.

## 2. INTRODUCCION

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de Estudios a distancia, y a través de su escuela de psicología plantea el estudio para “identificar el síndrome Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con ello, en el Ecuador.

Esta necesidad de estudiar el agotamiento profesional, está relacionado con el estudio de los procesos de estrés laboral, que es considerado como un problema que está directamente relacionado con el ambiente de trabajo y es uno de los riesgos psicosociales que provienen de la actividad laboral y que afectan directamente al trabajador.

El Burnout se compone de tres dimensiones: **1) agotamiento o cansancio emocional** que se define también como fatiga y se puede manifestar física o psíquicamente y provoca una sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás, **2) despersonalización** que acentúa el desarrollo de sentimientos actitudes y respuestas negativas que recaen sobre todo en los beneficiarios del propio trabajo; **3) baja realización personal** que se caracteriza por una gran desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

A nivel de Hispanoamérica, los médicos familiares evidencian una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas oscilan desde el 7,7% (19) hasta el 91,8% (20). Por ejemplo, en España el síndrome se detecta con una frecuencia que va del 11,1% al 91,8%; en Centro, Sudamérica y Cuba, del 7,7% al 79,7%, y en México, desde el 12,8% al 50,5%, datos obtenidos del mismo estudio Castañeda Aguilera & García de Alba García, 2010).

Un estudio realizado en México (Castañeda Aguilera & García de Alba García, 2010) a un grupo de médicos familiares en Diciembre de 2009, arrojó el siguiente resultado, El síndrome en médicos familiares mexicanos es frecuente (41,6%), con una mayor prevalencia por ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, 10 años y más de antigüedad en el servicio y contratación de base. Así mismo, la sub escala de AE presentó un riesgo similar al del síndrome en estudio, lo cual puede ser orientador para profundizar esta similitud. Nuestros niveles medios de afectación según las sub escalas del Burnout, según las estadísticas revisadas, ubican a los

médicos familiares mexicanos para el AE en nivel intermedio de prevalencia; la DP, en la zona de baja prevalencia, y el RP, en prevalencia alta. Las correlaciones entre las sub escalas están de acuerdo con otros reportes. Lo anterior nos lleva a considerar la necesidad de establecer medidas preventivas o de intervención en los ámbitos individual, social u organizacional, a fin de reducir la prevalencia encontrada.

Con estos estudios podemos saber cuáles son las variables que mas podrían afectar la aparición del síndrome y las mismas serán comparadas con los resultados que se obtengan en nuestro trabajo.

Esta investigación es del tipo cuantitativa ya que analizaremos la información numérica de los instrumentos evaluados, es no experimental ya que no habrá manipulación deliberada de variables, es transversal porque analizaremos el estado de una o varias variables en un momento dado, es exploratoria porque habrá una exploración inicial en un momento específico, y es descriptiva porque se recolecta información sobre cada test para determinar lo que estamos investigando.

La investigación será aplicada a una población de 15 médicos y 15 enfermeras para lo cual utilizaremos los test: Cuestionario socio-demográfico y laboral, Cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory), Cuestionario de Salud Mental GHC28, Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social, y, Cuestionario de Personalidad Revisado de Eynseck EPQ-R.

## **OBJETIVOS**

Nuestro objetivo en este proyecto es identificar el síndrome en los empleados de instituciones médicas ya que es aquí donde los médicos enfrentan situaciones de vida y muerte, lo cual hace que el trabajo pueda ser emocionalmente agotador, lo que deriva en problemas de salud, psicológicos y conductuales.

Identificar las variables, estado civil, edad, sexo, antigüedad, presencia de enfermedades y otros trabajos fuera de la institución, como factores asociados al síndrome.

Identificar el estado de la salud mental de los profesionales de las instituciones aplicadas.

Identificar el apoyo social, procedente de la red social individual.

Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas en actividades profesionales.

Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales que sean identificados con el síndrome Burnout.

### **3. MARCO TEORICO**

### **3.1. DEFINICIONES Y DELIMITACION HISTORICA DEL SINDROME BURNOUT**

Herbert Freudenberger en 1974 describió este término como sinónimo de desgaste de energía laboral, desmotivación, y cambios en las actitudes hacia los pacientes, todos estos síntomas que el mismo los padecía los definió en general como “conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como el resultado de una demanda excesiva de energías”.

Un par de años después en 1976 la psicóloga Cristina Maslach, fue quien oficializo el término cuando lo expuso a la APA (Asociación Americana de Psicología), ya que lo consideró como un proceso que genera un estrés crónico que se caracteriza por agotamiento emocional y baja realización personal, que es mas frecuente entre los individuos que tienen contacto directo con pacientes, todo esto ya para el año de 1981.

Cherniss en 1993 definió este síndrome como todas las actitudes y conductas que los profesionales cambian de forma negativa como defensa ante el estrés laboral.

Otros autores como Pines, Aronson y Kafry (1988) lo definen como un agotamiento mental, físico y emocional que se produce en situaciones emocionalmente demandantes, que es causado por el no cumplimiento de ciertos ideales o expectativas que fueron defraudadas.

Pedro Gil Monte lo describe también como la respuesta al estrés laboral que se produce en profesionales que trabajan en áreas de servicios, que producen actitudes negativas hacia los pacientes y hacia la misma organización (Gil-Monte, 2004 ).

Marino Martínez Gamarra (2005) lo define como el sentimiento de desmoralización laboral que puede ser de tipo individual o colectiva (Gamarra, 2005).

Como conclusión de las varias definiciones presentadas podemos resumir el Burnout como el síndrome del trabajador quemado, desgastado laboralmente, síndrome del profesional exhausto.

## **3.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT**

### **3.2.1. “Modelos teóricos-etiológicos”**

#### **3.2.1.1. Modelo de competencia social de Harrison**

Harrison (1983) asume que el Síndrome de Burnout es fundamentalmente una función de la competencia percibida y en base a ello elabora el modelo de competencia social.

Cuando los trabajadores encuentran en el entorno factores barrera, como la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, y la sobrecarga laboral, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque el trabajador no acaba de conseguir sus objetivos, y esto afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el Síndrome de Burnout, que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar. Harrison (1983) señala que el modelo de competencia social es especialmente aplicable a los trabajadores que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales, e intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito.

El síndrome de Burnout es el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de sentido para su vida, en trabajadores altamente motivados hacia su trabajo (Pérez, 2010).

#### **3.2.1.2. Modelo de Cherniss**

El modelo elaborado por Cherniss (1993) señala que las características del ambiente que facilitan que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito se corresponden con las



características de las organizaciones que ayudan a prevenir el síndrome de Burnout: un alto nivel de desafío, autonomía, control, retroalimentación de los resultados y apoyo social del Supervisor y de los compañeros.

El éxito y el logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar los objetivos conlleva sentimientos de fracaso, baja autoeficacia y puede dar lugar al desarrollo del síndrome de Burnout (Pérez, 2010).

### **3.2.1.3. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper**

Thompson, Page y Cooper (1993) circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza.

La autoconciencia es fundamental en la etiología del síndrome. Esta variable es considerada un rasgo de personalidad, y se conceptualiza como la capacidad del trabajador de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo. Los trabajadores con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a autoperibirse y a concentrarse en su experiencia de estrés, por lo que perciben mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia.

La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en los profesionales de servicios de ayuda que permanecen en sus profesiones, potencia el retiro del esfuerzo que deberían invertir para resolver las discrepancias, lo que supone una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas. Se señala también que altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida. Por otra parte, la predisposición

a adoptar unas expectativas optimistas de éxito en la resolución de las discrepancias puede reforzar la confianza de los trabajadores en su habilidad para reducirlas, y así promover su persistencia en los intentos de reducir la discrepancia (Pérez, 2010).

### ***3.2.2. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría del intercambio social***

#### **3.2.2.1. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy**

Hobfoll y Fredy (1993) afirman que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. Subrayan la importancia de las relaciones con los demás (Supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y de sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia.

En este modelo, los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos, dado que es más importante tener unos niveles mínimos que conseguir recursos extras. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de Burnout. No obstante, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdida (Pérez, 2010).

### ***3.2.3. Modelos etiológicos elaborados desde la teoría organizacional***

#### **3.2.3.1. “Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter”**

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), el síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera.

El estrés laboral, en relación al síndrome de Burnout, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante (Pérez, 2010).

### **3.2.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter**

El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) es entendido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. En el modelo transaccional se incluyen como variables “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Estas variables son una parte de la respuesta al estrés laboral. Están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador (Pérez, 2010).

### **3.2.3.3. Modelo de Winnubst**

Winnubst (1993) .Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de Burnout. Este autor señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Por ejemplo, una burocracia mecánica, que se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización, refuerza el

perfeccionismo y la conformidad a las normas. Sin embargo, una burocracia profesionalizada, que se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización, refuerza la creatividad y la autonomía (Gálvez Herrero, Moreno Jiménez, & Mingote Adán, 2009).

### **3.2.4. Modelo etiológico elaborado desde la teoría estructural**

#### **3.2.4.1. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel**

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) consideran que el síndrome de Burnout puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.) (Peiró, 2005).

### **3.3. POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT**

En principio se podría decir que este síndrome puede afectar a cualquier grupo de la sociedad, pero de acuerdo a las definiciones y modelos explicados anteriormente podemos deducir que ataca principalmente a aquellas personas cuya actividad laboral se ve inmersa en contacto directo con otras personas, con las cuales se deben comprometer emocionalmente o prestar algún tipo de servicio que tenga relación directa con la toma de una decisión importante, es así como tenemos las áreas médicas, las de enseñanza e incluso las de atención directa a clientes, pero estas son de las más fuertes por decirlo de alguna manera ya que tenemos otros grupos de la sociedad tales como los policías, bomberos, vendedores, trabajadores penitenciarios, abogados, jueces, todos estos tienen en común que de una

decisión cuya dependen otras personas y eso genera muchas veces un sentimiento de insatisfacción debido a que tal vez queda la intranquilidad de no haber hecho lo mejor o que es mucha responsabilidad el tomar una decisión por otra persona, también en el deporte se tiene este tipo de síntomas por la no obtención de resultados esperados, o incluso el mismo hecho de ser padres puede provocar este tipo de síntomas ya que esta en sus manos la educación de los niños y esa responsabilidad de hacer lo mejor para ellos es tensionante, es decir podemos concluir con esto que es un síndrome que está presente prácticamente en todas las actividades del diario vivir (Zimmermann, 2006).

### **3.4. FACTORES DEL DESARROLLO DEL SINDROME BURNOUT**

Podemos determinar tres tipos de factores que influyen directamente en la aparición del síndrome y son los organizativos, los personales y los socioculturales y los cuales vamos a explicar un poco más al detalle a continuación:

#### **3.4.1. FACTORES ORGANIZATIVOS**

Son aquellas que tienen causas directas con las condiciones que presentan el trabajo y las actividades que en él se realizan, entre las cuales se citan a las siguientes (Barón, 2007):

- 3.4.1.1. Contacto con las emociones de otras personas.- Todas las personas que deben desarrollar sus actividades en relación con emociones de otras personas sean estas sentimientos de dolor de impotencia de necesidad de ayuda, es lo que padecen médicos, psicólogos, maestros e incluso personas que cuidan a otras, todo esto fue denominado por Joinson en 1992 como fatiga por compasión (Quesada, 2009).
- 3.4.1.2. Sobrecarga de trabajo.- La tensión que genera el tener que cumplir actividades que sobrepasan lo normal, han generado un desbordamiento de insatisfacción ya que por más que se haga

el esfuerzo por cumplir ciertas metas el empleado se siente como una goma de tanto estirarse se termina rompiendo.

- 3.4.1.3. Falta de medios para ejecutar las tareas.- cuando un trabajador tiene una sobrecarga de trabajo y con eso además tiene que cumplir esas labores sin disponer de los medios necesarios para hacerlo de una manera óptima también generan la frustración de no poder hacer las cosas como quisiera hacerlas.
- 3.4.1.4. Falta de definición del rol profesional.- Cuando el profesional no sabe que se espera de él, o su rol es ambiguo ya que no tiene definidas sus funciones, se produce una sensación de incertidumbre que es la que genera el estrés porque además tienen sobre sí la carga de que la sociedad los está observando con ojos de juez.
- 3.4.1.5. Falta de control sobre el propio trabajo.- Aquí se ve directamente afectada la autonomía, la iniciativa y la responsabilidad del profesional sobre sus tareas, es decir cuando no es lo suficientemente libre de tomar sus propias decisiones o que estas se vean siempre afectadas por un control externo ocasiona que se pierda el control sobre la actividad y se genere el estrés.
- 3.4.1.6. Cambios sociales y tecnológicos a los que se debe acomodar sobre la marcha.- No solo los pacientes sino también los clientes en muchas ocasiones están mejor informados y esto se da por la facilidad de información que nos da la tecnología, es cuando el profesional debe adaptarse a ese tipo de cambios que pueden resultar un sacudón en su actitud al punto de provocar respuestas agresivas cuando se presente uno de esos escenarios.
- 3.4.1.7. Trabajo por turnos.- Se ve afectado sobre todo en los trabajos nocturnos o en horarios donde se quita tiempo directamente a la familia, genera ciertos desajustes en cuanto a la vida cotidiana y el rendimiento laboral porque se piensa estaría mejor en otro

lado divirtiéndome en familia y no trabajando, que si bien es cierto afecta poco al principio se va haciendo más fuerte conforme pasan los años, aquí podríamos indicar que no es el más fuerte de los motivos del síndrome laboral pero si aporta al sacar el balance final.

- 3.4.1.8. Clima socio-laboral que podría existir en la empresa.- La ideología y filosofía que tiene cada empresa afecta directamente al individuo y lo afecta en su comportamiento, es decir si aportan al trabajo en grupo o individual, la facilidad de comunicación, son argumentos que si no son bien utilizados provocan claramente el Burnout.
- 3.4.1.9. Carencia de Apoyo y reconocimiento.- Podría relacionarse con la falta de control del trabajo, es decir empresas donde no hay una retribución emocional donde se explique claramente la manera como se está haciendo el trabajo o que la paga resulte injusta para el trabajador afectan directamente en el desgaste y cansancio laboral.
- 3.4.1.10. Estructura de la organización.- Se refiere a cómo piensa la organización en cuanto a la ejecución de tareas, es decir si es una empresa improvisada con cambios constantes o si está bien marcada en sus reglamentos y procesos, cualquiera de los dos aumentan la posibilidad de un desgaste profesional.
- 3.4.1.11. Conflicto del rol.- Finalmente llegamos a lo que más afecta al personal de la enseñanza y salud sobre todo ya que es aquí donde los principios del profesional muchas veces se ven influenciados por el sistema que no les permite desarrollar sus actividades sino que deben enmarcarse en la filosofía institucional que muchas veces tiene como objetivo lo monetario y no la calidad en el servicio prestado.

### **3.4.2. FACTORES PERSONALES**

No son los que directamente provocan el síndrome pero si facilitan su aparición, ya que dos profesionales pueden tomar de maneras distintas los estresores y generar en cada uno de ellos un desgaste distinto, es aquí donde se podría decir sin duda que es el perfil el que te predispone (Bermejo, Díaz- Albo, & Sánchez, 2011).

### **3.4.3. FACTORES SOCIOCULTURALES**

Tampoco son los que directamente podrían generar la aparición del síndrome, pero si afectan al desgaste sobre todo en lo que tiene que ver con las profesiones cuya naturaleza es la ayuda a los demás ya que quienes acuden a ellos van con la convicción que es una obligación ayudarlos y sobre todo como se menciona antes están en la mira de todos sobre como desempeñan esa labor, donde el mínimo error es maximizado, y en esa lucha por desempeñar una buena gestión muchas veces es donde empieza el disgusto por la actividad ya que en profesiones como la médica sobre todo se está tratando de sacar a la luz casos de malas prácticas medicas lo que ha generado la medicina defensiva donde los médicos respaldan su accionar con cartas de no responsabilidad si el paciente llegara a agravar después de algún tratamiento.

Esto último es lo que ha generado desconfianza mutua no solo de los pacientes hacia los médicos sino de ellos mismo hacia su gestión, donde ya no tienen la libertad de poder actuar acorde a los conocimientos adquiridos sino que tiene que actuar defensivamente sobre las acciones que ellos tomaran para deslindar responsabilidades ante la sociedad (Bosqued, 2008).

## **3.5. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME BURNOUT**

Una vez que el síndrome ha aparecido es importante seguir ciertos consejos que nos van a ayudar a superarlo, es importante recalcar que antes se mencionó que todas las personas estamos expuestos desde los



profesionales en su diaria labor, hasta los padres en su relación directa con la responsabilidad de criar nuevos seres productivos a la sociedad, para lo cual indicaremos ciertos pasos importantes que se deben tener en cuenta (Barón, Lacasta Reverte, & Ordóñez Gallego, 2008).

**3.5.1. Evitar la negación.**- Una vez que el síndrome ha aparecido es importante saberlo afrontar directamente para de esa manera determinar las causas del mismo y así saber por dónde atacarlo, al negarlo no se obtienen ninguna ventaja al contrario se está tapando la real naturaleza del problema que muchas veces por vergüenza es que no se lo dice abiertamente y con ello se pospone la solución, o simplemente no se le da la importancia que el caso amerita y lo que se hace es solamente consultas de pasillo entre médicos amigos sin buscar un especialista en el tema.

**3.5.2. Evitar el aislamiento.**- Tener un soporte social ayuda mucho a mejorar las situaciones de la vida cotidiana mucho más cuando se trata de un problema, por lo cual es siempre recomendable mantener adecuadas relaciones sociales que nos alejen del aislamiento porque al sentirte solo crece el sentimiento de incompreensión y baja el nivel de satisfacción personal, con lo cual el problema ganara mucho terreno, es así que al mantener fuertes relaciones sociales no solo en el trabajo sino en actividades cotidianas fortaleceremos los lazos que nos ayudaran a tomar la mejor decisión en conjunto si de un problema como este se trata.

**3.5.3. Identificar el problema.**- Tiene mucha relación con los dos puntos mencionados antes pero aquí básicamente se trata de mirar dentro de uno mismo y tener la fuerza de decir esto es lo que está generando en mí el desgaste, valorando exactamente todas las cuestiones personales, laborales y sociales que están influyendo directamente, y sabiendo distinguir aquellas que son las que necesitamos cambiar.

**3.5.4. Mantener costumbres saludables de vida.**- En este punto es donde creemos tenemos la posibilidad de evitar directamente la aparición del síndrome ya que son cosas que están dentro de nuestro control como *la alimentación* (V.v.a.a., 2008), es decir tener dietas de alimentos que

son necesarios cargados de vitaminas con variedad de proteínas, haciendo tres comidas, no mezclando la comida y el trabajo en el mismo acto es decir almorzar mientras terminas tu informe; *el sueño*, dormir bien es algo que está en nuestras manos, no trasnochar, dormir las horas completas tratando de tener un horario fijo para ello, no cenar mucho, evitar ingerir bebidas alcohólicas antes de dormir, tampoco inducir el sueño con medicinas, mantener una buena temperatura en el dormitorio, *la actividad física*, es de lo más importante porque el realizar una actividad de tipo físico que requiera un poco de esfuerzo genera satisfacción en el individuo sobre todo si es que después de un largo día de trabajo uno relaja su mente con la actividad que le gusta practicar va a ayudar a conciliar el sueño y con ello enfrentar de mejor manera el siguiente día, además de que acondiciona físicamente el cuerpo lo cual de por si genera satisfacción personal, y , *el ambiente*, es muy importante ya que de los cambios que podamos realizar en cuanto a los colores y posición de los objetos lograremos que la monotonía no se vuelva parte importante del trabajo, lo cual se complementa con música relajante que permita un ambiente de libre circulación de ideas.

### **3.6. BURNOUT Y SU RELACION CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES**

Dentro de las variables que más afectan como edad, sexo y educación, horarios de trabajo, núcleo familiar y estado civil, por lo cual se presentan resultados de un estudio realizado directamente a los médicos del HOSPITAL DE BAZA en Octubre del 2011 (Hun Vásquez, 2011) en una muestra de 32 médicos a quienes se aplicó los cuestionarios tanto el MBI, BRIEF – COPE, el de salud mental GHC-28, así como el sociodemográfico y laboral.

Se observa que el 59,4% de la población de estudio es casada y el 31,3% soltera, 6,3% conviven y 3,1% son divorciados; Así mismo no se encontraron viudos. Se observa que el estado civil casado(a) es el único

que presenta alto grado de cansancio emocional, cuyo valor chi cuadrado de Pearson es 5.928(a) pero estadísticamente no es significativo (0,431).

Dichos resultados concuerdan con estudios realizados anteriormente.

Se observa que el estar casado(a) también implica un alto nivel de realización personal e implica un mayor grado de despersonalización con un grado de significancia de 0.424 y 0,682 respectivamente; por lo tanto no son estadísticamente significativos.

La edad de los médicos encuestados fue dividida en menor o igual a 40 años (62,5%) y mayor a 41 años (37,5%) ya que concuerda con una edad que no únicamente es barrera psicológica sino que también se constituye en líneas generales como la edad que refleja tanto la mitad de la vida como la mitad de la vida laboral.

Al realizar los análisis se pudo comprobar que la edad no refleja ninguna relación estadísticamente significativa con las escalas del MBI.

De los participantes del estudio 18 médicos menores de 40 años y 11 médicos mayores de 41 años presentaron niveles de MBI moderado.

Ningún participante del estudio presentó niveles altos de Burnout. Al obtener un chi cuadrado de Pearson de 0.025 y siendo su valor: 0.876 se observa que no es estadísticamente significativo.

La variable tiempo de experiencia dadas las frecuencias de tiempo con las que nos encontramos, decidimos dicotomizarla en dos categorías: años de experiencia en menor o igual a 15 años (75%) y mayor a 16 años (25%)

El tiempo de experiencia y los niveles de **burnout** no son estadísticamente significativos, como se observan en las tablas anteriores. Se observa que 21 médicos que tienen experiencia menor igual a 15 años presentaron niveles moderados de **burnout**. Así como los de mayor experiencia (> o igual a 16 años)8 médicos obtuvieron también niveles moderados de **burnout**; sólo 3 médicos de menos experiencia obtuvieron niveles bajos de **burnout**. (Chi cuadrado de Pearson 1.103(b) y valor: 0.294) y ninguno alto.

Otra variable sociodemográfica en este estudio fue el número de hijos. Se observa que el 50% de los encuestados no tenían hijos, seguido del 40,6% que tenían dos o más hijos y 9,4% que tenían un solo hijo. Ésta tabla se dividió así porque en los resultados del estudio de García y Herero (2008)

Se observa que el tener un solo hijo influye en padecer con más intensidad agotamiento emocional y despersonalización, tanto en comparación con aquellos que no tienen hijos como los que tienen dos o más hijos.

Se observa que los médicos que no tienen hijos tienen bajos niveles de cansancio emocional (11) y por el contrario los que tienen dos o más hijos tienen en su mayoría niveles moderados (6) de cansancio emocional( chi cuadrado de pearson : 3.117 valor: 0.538);

Por otro lado los que no tienen hijos y los que tienen más de 2 hijos tienen altos niveles de despersonalización (6 cada uno) encontrándose un chi cuadrado de 0.773 con valor de 0.942.

En cuanto a los niveles de realización personal obtuvieron niveles más altos los que no tenían hijos (chi cuadrado: 5.623 con valor de 0.229).

Se observó que los niveles MBI obtenidos en los 3 grupos, con un chi cuadrado de 0.538 cuyo valor es 0.764; por lo que no son estadísticamente significativos.

Los valores obtenidos en las diferentes subescalas fueron de: Bajo nivel de Cansancio Emocional con una frecuencia de 18 (56,3%), moderado 34,4% (frecuencia de 11) y alto 9,4% (frecuencia de 3).

En la subescala de Despersonalización bajo 21,9% (frecuencia: 7), moderado 37,5% (frecuencia: 12) y alto 40,6% (frecuencia: 13).

En la subescala de Relación Personal se encontró niveles bajos 9,4% (frecuencia: 3), moderado 40,6% (frecuencia: 13) y alto 50%(frecuencia: 16)

Los resultados muestran una relación que no es estadísticamente significativa entre las subescalas de *burnout* y el género en donde las

mujeres tienen mayor cansancio emocional (M: 17.6, DT: 7.7), mayor despersonalización (M: 9.1, DT.4.5), y mayor realización personal (M: 40.5, DT.5.6)

Por tanto, podemos decir, que el sexo no influye significativamente en el Síndrome de *burnout*.

Se presentó una tabla de contingencia sobre el sexo y MBI, encontrándose que 17 mujeres presentan niveles moderados de burnout en comparación con el sexo masculino (12 hombres) que también presentan grado moderado de *burnout*. (Chi cuadrado de pearson: 0.706 con valor: 0.401) Dichos datos no son estadísticamente significativos (Hun Vásquez, 2011).

### **3.7. EL BURNOUT Y SU RELACION CON LA SALUD**

El Síndrome de Burnout, es un efecto negativo psicológico en o por el trabajo, manifestado por agotamiento emocional y despersonalización presentes en cualquier persona que ejerza alguna actividad laboral.

Se ha considerado que sólo la presencia de estos componentes garantiza el Burnout, pues el componente falta de realización personal, se observa más como una variable de personalidad (Bosqued, 2008).

El Síndrome de Burnout se ha convertido en uno de los problemas más comunes del ámbito laboral. Particularmente en los ambientes hospitalarios los factores de estrés emocional están a la orden del día, por ser una organización de servicio humano, su propósito primordial no es un material físico, sino la compleja dimensión del factor humano. De esta forma, los empleados de organizaciones hospitalarias viven constantemente en situaciones de tensión laboral, lo que ha facilitado la incidencia de Burnout en trabajadores de la salud.

Además de la exposición a sobrecarga de trabajo, dificultad de comunicación y deficiente relación con otro personal de salud, rotación de turnos, el no poder elegir a los compañeros de trabajo, las fluctuaciones en la cantidad del trabajo, el tiempo de ejercicio profesional y la

desorganización del servicio con otros departamentos, hace evidente la posibilidad de desgaste emocional continuo (Bosqued, 2008).

Otro factor a considerar es el género, ejemplo de ello se manifiesta por la relación conflictiva entre el desarrollo profesional y la vida familiar; es la decisión entre las actividades domésticas, el cuidado de los hijos, del esposo y otros integrantes de la familia con la posibilidad de desarrollo intelectual, académico y consecuentes ascensos.

Las consecuencias del Burnout se sitúan en dos niveles, las consecuencias para el individuo y las consecuencias para la organización.

- Para el individuo se han establecido 4 categorías:
  - a) Índices emocionales, como distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia y ansiedad;
  - b) Índices actitudinales, desarrollo de actitudes negativas, cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia;
  - c) Índices conductuales, muestras de agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia e irritabilidad;
  - d) Índices somáticos, manifestados por problemas respiratorios (asma, catarros frecuentes), problemas inmunológicos (infecciones, alergias y alteraciones de la piel), problemas sexuales, problemas musculares (dolor a nivel cervical y lumbar, fatiga o rigidez muscular), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión) y alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión).
  
- La organización se afecta principalmente por:
  - a) El deterioro de la calidad asistencial
  - b) Baja satisfacción laboral
  - c) Absentismo laboral elevado
  - d) Tendencia al abandono del puesto y/o de la organización

- e) Disminución del interés y esfuerzo por realizar las actividades laborales
- f) Aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores
- g) Disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales (Maslach & Jackson, 1981).

Según un estudio realizado a 183 estudiantes de la Facultad de Enfermería Zona Poza Rica – Tuxpan, de la Universidad Veracruzana, donde se aplicó un instrumento integrado por datos sociodemográficos, cuestionario de salud Goldberg – GHQ-30 (síntomas somáticos, alteraciones del sueño, de la conducta, relaciones interpersonales y ansiedad/depresión severa) y escala de Maslach Burnout Inventory, donde se manejó estadística descriptiva y  $\chi^2$ , el 85% presentó perturbaciones del sueño y 10% presencia de síntomas somáticos, el 42% tiene un alto agotamiento emocional, 14% baja realización personal y 16% despersonalización. La asociación encontrada entre la salud mental y el síndrome de burnout fue significativa. Se concluyó que se encontró una asociación importante en las dimensiones de síntomas somáticos, alteraciones de la conducta y depresión con despersonalización (Santes, y otros, 2009).

### **3.7.1. Consecuencias Psicológicas del Burnout**

La Depresión, Ansiedad, el Insomnio, el agotamiento (Burnout), son las consecuencias del estrés. El Burnout se produce por agotamiento e incapacidad de la persona de reaccionar a la situación estresante ante un estrés laboral crónico.

La sobrecarga, la falta de apoyo laboral, la monotonía, la escasa promoción, el conflicto de rol, son los estímulos que suelen crear este síndrome de Agotamiento crónico.

Este agotamiento forma parte de la reacción normal del organismo ante un estímulo estresante. Primero el organismo reacciona ante el estímulo dentro de la respuesta clásica a un estímulo agresivo. (GAS o Síndrome

General de Adaptación) El organismo intenta adaptarse a la nueva situación.

Esta adaptación física es dura, pues supone la emisión de hormonas y el incremento de la tensión del organismo. Si el organismo no puede adaptarse y el estímulo agresivo o estresor continua, el sujeto siente que ha perdido la batalla y no puede hacer nada, y entonces se produce la depresión. Lo mismo pasa en el caso del Burnout (González Barón, Lacasta Reverte, & Ordóñez Gallego, 2008).

Así pues, después de un período de adaptación, es posible caer en una depresión si los estímulos estresantes continúan y el organismo no ha podido aún adaptarse conductual o cognitivamente a la nueva situación (González Barón, Lacasta Reverte, & Ordóñez Gallego, 2008).

### **3.7.2. Consecuencias Conductuales del Burnout**

Ciertas conductas, como fumar, beber, y comer (ligadas todas a la reducción del estrés) son un termómetro de la cantidad de estrés que puede haber en el grupo de trabajadores de una empresa. Otras conductas son la alienación, el pensamiento cínico, el pasotismo, etc. (González Barón, Lacasta Reverte, & Ordóñez Gallego, 2008).

### **3.7.3. Consecuencias físicas del Burnout**

Existe un buen numero de consecuencias físicas del estrés, entre las que más destacan son la taquicardia e hipertensión, dolores de cabeza, migrañas, insomnio y otras cardiovasculares y gastrointestinales. Especialmente en personas con alto nivel de exigencia en su trabajo pero poca capacidad de control sobre la situación, el estrés degenera en cardiopatías, infartos, hipertensión y posibilidad de ictus.

En turnos nocturnos, es el aparato digestivo el afectado, con ulcera gástrica y duodenal, colon irritable e hiperacidez. Para trabajos físicos, el daño articular (codos, rodillas, manos) es también una fuente de estrés no solo físico sino psicológico (González Barón, Lacasta Reverte, & Ordóñez Gallego, 2008) (Maslach & Jackson, 1981).



### 3.8. EL BURNOUT Y LA DEPRESIÓN

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (al cerebro). Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal, ni es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad.

Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado (Alvarez, 2009).

La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida (Alvarez, 2009).

La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren en el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden presentar episodios depresivos severos en algún momento de su vida (Alvarez, 2009).

El Burnout también afecta de forma diferente a mujeres y hombres; sin embargo, existe diversidad de opiniones sobre la mayor prevalencia de este síndrome en uno u otro grupo. Atance (1997) encontró diferencias significativas en relación con el sexo para la dimensión cansancio emocional, siendo el grupo de mujeres el que presentó una puntuación media más elevada (Alvarez, 2009).

Según un estudio realizado al personal de enfermería del Hospital de Alta Especialidad del Estado de México, aplicando el cuestionario de Maslach para medir burnout y el cuestionario de Zung para medir depresión a 73 enfermeras, la depresión grave se presenta en el 6.85% (5 enfermeras). Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación entre síndrome de burnout y depresión, encontrándose correlaciones

positivas en cada uno de los tres componentes del burnout. Determinando que el burnout y la depresión están asociados en el grupo estudiado.

Se presentan con puntajes altos en las enfermeras que tienen un promedio de edad de  $36 \pm 5.8$  años, casadas y con licenciatura, asociados con la antigüedad laboral (Trejo-Lucero, Torres-Pérez, & Valdivia-Chávez, 2011).

### **3.9. EL BURNOUT Y LA MANERA DE AFRONTARLO**

De la teoría sobre el estrés y los procesos cognitivos de Lázarus y Folkman (1986) se puede deducir un primer recurso para analizar nuestro estilo personal de afrontamiento de los conflictos, que es el análisis de las opciones de conducta de afrontamiento:

¿Cómo actúo ante los problemas?

**1. No afrontamiento. Huida, evitación.**

Me desintereso, me evado del problema

**2. Afrontamiento centrado en la valoración de los hechos.**

Valoro los sucesos de otro modo, les doy otra importancia.

**3. Afrontamiento centrado en la emoción asociada a los sucesos.**

Modifico o controlo mis sentimientos.

**4. Afrontamiento centrado en la resolución del problema.**

Modifico la situación problemática. Resuelvo.

Cualquiera de las cuatro modalidades puede ser la idónea en distintos contextos.

¿Qué es prevención? Una serie de respuestas, que se inician a nivel individual, grupal u organizacional ante una situación que se considera amenazante, y que en la mayoría de los casos es para manejar la respuesta al estrés.

¿Qué es intervención? Actuación voluntaria alrededor de un problema ocasionado por estrés con fines de solucionarlo.

¿Qué es afrontamiento? Es aquel comportamiento que implica esfuerzo en un individuo para resolver las situaciones problemáticas, en un intento personal de adaptarse al entorno (Bosqued, 2008).

De acuerdo a un estudio realizado a 53 enfermeras de distintas unidades de terapia intensiva de la Provincia de Entre Ríos (Argentina), se les aplicó el inventario Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1997) y el Inventario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986), se encontraron efectos significativos respecto a la despersonalización (F de Hotelling (18,44)=3,145;  $p= 0,001$ ) y baja realización personal (F de Hotelling (18,44)=2,137;  $p= 0,21$ ), donde las enfermeras que presentaron bajo nivel de burnout utilizaron estrategias de afrontamiento como análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias, y soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de recompensas alternativas, como relaciones sociales, deportivas y de desarrollo personal (Popp, 2008).

### 3.10. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Las **estrategias de intervención para la prevención y tratamiento** del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupados en tres categorías (Gil-Monte y Peiró, 1997):

1. Estrategias individuales
2. Estrategias grupales
3. Estrategias organizacionales

En el nivel **individual**, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la

asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir. Desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. Aumentar y conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no creerse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

En el nivel **grupal** e interpersonal el empleo de estrategias de prevención e intervención pasan por fomentar por parte de los compañeros el apoyo social: los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda. **Pines** (1981) define seis formas de ofrecer apoyo: escuchar al sujeto de forma activa, dar apoyo técnico, crear necesidades y pensamiento de reto, desafío y creatividad, apoyo emocional y apoyo emocional desafiante, participar en la realidad social del sujeto confirmando o cuestionándole las creencias sobre si mismo, autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

Es importante considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del *Burnout*, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Otro aspecto importante es que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Con relación a las estrategias para su implantación, el apoyo social en el trabajo puede venir, básicamente, de los compañeros y de los supervisores, pero uno de los elementos más importantes son los grupos informales.

El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el

incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable. Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos, entendidos y vividos sus modos de comportamiento. En el diagnóstico precoz son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado, son una importante fuente de apoyo, son quien mejor nos comprenden ya que pasan por lo mismo; por el contrario, cuando las relaciones son malas, contribuyen a una rápida evolución del Burnout. Por todo esto es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo (González Barón, Lacasta Reverte, & Ordóñez Gallego, 2008).

### **3.11. EL BURNOUT Y EL APOYO SOCIAL**

Es importante poder contar con el suficiente apoyo social tanto de pares, familiares, y personas que tienen que ver con las actividades que dispersan la mente o cambian las actividades que se hacen rutinariamente por ejemplo el deporte.

¿Qué es el Apoyo Social?

Por apoyo social se entiende todas aquellas transacciones que realiza con otros individuos sea de su mismo círculo y que le sirven como un apoyo en lo que se refiere a visitar amigos, comprar objetos, divertirse, asistir a clases de algo, todo esto sabiendo diferenciar el apoyo social del compañerismo, ya que en el apoyo social estamos hablando de buscar directamente ayuda en el compañerismo no.

Es así como hablando de este apoyo social, lo queremos trasladar a los escenarios laborales donde el apoyo requerido debe ser brindado directamente por los compañeros y jefes para evitar que las personas se quemem en su trabajo.

Marcelissen (1997) determinó cuatro perspectivas para el estudio del apoyo social y son: a) integración social, b) generar relaciones de calidad, c) toda

la ayuda que es recibida, y, d) mejorar todas esas conductas de apoyo. De la misma manera ya aplicado a lo laboral Pines en el mismo año (1997) determinó seis formas de recibir apoyo en el trabajo y son las siguientes: a) Escuchar al sujeto en forma activa, esto es muy importante sin interrumpir al sujeto para aconsejarlo o incriminarlo por alguna mala conducta, b) apoyo teórico, es importante aquí recalcar que este tipo de apoyo es solo laboral y requiere que sea una persona experta en el trabajo quien lo haga para que le oriente sobre que hace bien y que hace mal, c) crearle al profesional retos que lo desafíen a mejorar diariamente las actividades que realiza y que le ayuden a mejorar su nivel , d) apoyo emocional incondicional, aquí si entra la familia ya que posiblemente no lo recibirá con la misma calidad solamente en el trabajo, es una forma de motivar a realizar cada día mejor las actividades, e) Un apoyo emocional que desafíe directamente al sujeto en cuanto a cómo podría mejorar cada una de las actividades que realiza o en que pudo haber fallado y f) trabajar en el autoconcepto del individuo tanto laboral como personal de tal forma que se pueda ir apoyando directamente en mejorar la autoestima con elogios reales sobre el trabajo que va realizando.

Así como hemos seleccionado estos autores para hacer notar las posibilidades que se tiene de mejorar se podría mencionar muchos mas que tienen similitud en cuanto a sus conceptos, realmente lo que queremos es tener un enfoque global sobre el tema, por lo cual lo mencionado hay que saberlo dosificar ya que no se puede dar demasiado apoyo social al individuo ya que puede desembocar en una dependencia y bajar su autoestima considerablemente.

La concepción activa del organismo y la personalidad en los procesos de estrés supone que las personas responden de forma diferente ante los mismos estresores y plantea el concepto de personalidad resistente o hardiness (King y col, 1983), que está definido por tres dimensiones:

1. **Compromiso:** Tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida e identificarse con el significado de los propios trabajos. Las personas con esta característica poseen tanto las habilidades como el deseo de enfrentarse exitosamente a las situaciones de estrés

2. **Control:** Es la disposición a pensar y actuar teniendo la convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos, oportunidad para aumentar las propias competencias, y no como una situación de amenaza.
3. **La personalidad resistente o hardiness:** Induce a estrategias de afrontamiento adaptativas, a la percepción de los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento los individuos con personalidad resistente se enfrentan de forma activa y optimista a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes.

Entre los estudios que han comprobado la hipótesis moduladora de la personalidad resistente, se encuentran los de Nowack (1986) con una muestra de 146 empleados docentes y no docentes de la universidad. Donde comprobaron que los sujetos con niveles más bajos de estrés y mayor personalidad resistente presentaban significativamente menos sentimientos de quemarse por el trabajo, que los sujetos con niveles más altos de estrés y menor personalidad resistente.

Otro estudio también interesante es el realizado por Topf (1989) con una muestra de 100 enfermeras, sus resultados presentaron correlaciones significativas entre el índice global de personalidad resistente, el Burnout, y la escala de realización personal en el trabajo del MBI.

Hill y Norvell (1991) con una muestra de 234 oficiales han examinado el posible efecto modulador de la personalidad resistente y del neuroticismo entre el estrés y sus consecuencias (Burnout, síntomas físicos e insatisfacción laboral). Los resultados parecen mostrar que estas dos variables de personalidad podrían ejercer un efecto principal, más que modulador, sobre el estrés y sus consecuencias (González Barón, Lacasta Reverte, & Ordóñez Gallego, 2008).

### **3.12. TIPOS DE PERSONALIDAD CON RELACION A LA PREDISPOSICION AL BURNOUT**

Para determinar los tres tipos de personalidad A ,B Y C (Quesada, 2004), es necesario descubrir que características de cada una de ellas es la que hace que esta se desarrolle o predisponga al individuo a la adquisición del síndrome, por lo cual vamos a hacer un breve resumen sobre las mismas.

Los factores que influyen en la personalidad de tipo A lo poseen los individuos cuyo perfil psicológico es de personas competitivas y ambiciosas que presentan relaciones dificultosas con mucha tendencia a la desconfianza que malinterpretan las acciones de otros como mal intencionadas, son muy sensibles a las críticas.

Los factores que influyen en la personalidad de tipo B son la extroversión y el neuroticismo, estas características presentan predisposición al síndrome ya que no se acoplan a los puestos de trabajo, sienten la ambigüedad de su rol y sobre todo no toleran la sobrecarga de trabajo.

Para la personalidad del tipo C, no hay un tipo específico de predisponentes a ello, ya que se ha demostrado que las personas que son introvertidas, con búsqueda de apoyo social como medio de aceptación son menos propensas a desarrollar el síndrome.

Podríamos concluir entonces que adicionalmente a las características requeridas anteriormente para la adquisición del síndrome también se juntan todo lo que tiene que ver con el entorno laboral (Quesada, 2004).

### **3.13. LOCUS DE CONTROL**

El tipo de Locus de Control también está asociado con el Burnout, las comparaciones estadísticamente más significativas fueron *edad, sexo, estrato, escolaridad y profesión*. A mayor edad, escolaridad y estrato mayor tendencia a Locus de Control Interno, y a menor edad, escolaridad y estrato, mayor tendencia a Locus de Control Externo. Además, el sexo femenino presenta con mayor frecuencia Locus de Control Externo y al contrario el sexo masculino presenta Locus de Control Interno más



frecuentemente. Estudio Realizado en La Clínica Universitaria de Medellín, Mayo 2007 por Jennifer Franco Blanco.

El concepto de Locus de Control se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. En términos generales, constituye una expectativa generalizada o una creencia en la que se vive, relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo. Cuando un sujeto percibe que un determinado evento reforzador es contingente con su propia conducta, esto es, considera que ejerce influencias importantes sobre el curso de su propia vida, se dice que tiene un control interno del refuerzo y, por el contrario, un sujeto percibe un refuerzo como una consecuencia directa de su comportamiento, pero no totalmente contingente con él, y posee la creencia de que estos acontecimientos están determinados por fuerzas externas fuera de su alcance, tal como la suerte o el destino, se dice entonces que tiene un control externo del refuerzo el Locus de Control Interno implica que el sujeto tenga una tendencia personal a atribuir contingencia entre la propia conducta y la aparición de determinados resultados. En otras palabras, “los sujetos que tienen una sensación de control sobre los refuerzos que reciben se denominan personas con Locus de Control Interno.

El Locus de Control Externo es la tendencia personal a considerar que los refuerzos sólo dependen parcialmente de la propia conducta y en mayor medida, del azar o de conductas de otras personas. Así, los sujetos que creen que los refuerzos que reciben son independientes de las propias acciones reciben el nombre de personas con Locus de Control Externo. Podríamos concluir que el de Locus de Control Interno se da cuando el sujeto realiza un plan, tiene la certeza que va a trabajar en él, en cambio el Locus de Control Externo se ve influido por otros medios, el sujeto está seguro que sus planes de trabajo están sujetos a los deseos y opiniones de las personas con más poder que él, o incluso que se ven influidos directamente por la suerte (González Barón, Lacasta Reverte, & Ordóñez Gallego, 2008).

### **3.14. OBSERVACIONES**

Se ha tomado todos los temas relacionados con la aparición del síndrome de estar quemado en el trabajo teniendo en cuenta que influyen varios factores en la aparición del mismo, que van desde el nivel sociocultural, la forma de educación recibida y la manera como uno afronta un problema cosas que se ven relacionadas directamente con la personalidad del individuo, además también mencionamos formas de causar distractores de tiempo libre que permitan hacer más llevadera las actividades del trabajo, es decir disponer de un tiempo libre que permita entre jornadas cambiar la actividad que está provocando la aparición del síndrome.

Todo este amplio contexto de tema y variables nos ayuda a delimitar los puntos mínimos y máximos de estrés al cual están enfrentados en este caso los médicos que son el tema central de nuestra investigación, teniendo en cuenta que cada una de las motivaciones personales son distintas así como la personalidad, por lo tanto la manera de afrontar con mejor disposición este síndrome tiene que ser canalizada acorde a un estudio de personalidad y sobre todo teniendo claro cuál de las variables es aquella que más acerca el síndrome al individuo.

## **4. METODOLOGÍA**

#### 4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación posee las siguientes características:

**Es cuantitativa**, porque analiza la información numérica de los instrumentos evaluados.

**Es no experimental**, porque sin manipular deliberadamente las variables se pueden observar los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

**Es transversal**, porque centra su análisis en determinar un nivel de una o varias variables en un momento dado.

**Es exploratoria**, porque es una exploración inicial en un momento específico.

**Es descriptiva**, porque de un grupo de cuestiones las selecciona y obtiene la información que se investiga sobre cada una ellas.

#### 4.2. PLANTEAMIENTO PARA LA INVESTIGACION

4.2.1. Se quiere determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud.

4.2.2. Determinar las características sociodemográficas y laborales más frecuentes en las personas que presenta Burnout.

4.2.3. Determinar la comorbilidad que existe entre las personas que presentan el síndrome.

4.2.4. ¿Qué tipo de apoyo social reciben las personas que experimentan el síndrome? y si este puede actuar como un mecanismo protector.

4.2.5. ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de las personas que experimentan Burnout?

#### 4.3. POBLACION

La población objeto de este estudio comprende a 30 personas, que se dividen en dos partes iguales entre el personal médico de distintas especialidades de la Clínica Emediccenter, así como el personal de enfermería del área de Terapia Intensiva del Hospital Metropolitano, ambos de la ciudad de Quito.

#### 4.4. INSTRUMENTOS

Los datos de esta investigación van a ser recogidos a través de la aplicación de seis cuestionarios que son:

- a) **Socio-demográfico y laboral:** Se trata de una encuesta autoadministrada, que busca recolectar datos personales y laborales de los encuestados con respecto al síndrome burnout; donde el encuestado responde con datos personales y colocando una señal en la casilla que le corresponda la respuesta pertinente y en su última parte se pretende valorar la satisfacción que siente en su trabajo, seleccionando una de las cuatro opciones, que permitirá determinar el punto de vista personal respecto a su relación laboral con sus pacientes, colegas y superiores, es decir su percepción de cómo es visto por estas personas.
- b) **MBI (Maslach Burnout Inventory):** Este test se utiliza directamente para medir la existencia del burnout en el individuo que consta de 22 afirmaciones que recopilan información sobre sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo, que también debe ser seleccionado con una señal en cualquiera de las siete opciones de frecuencia.
- c) **Salud Mental GHC28:** Aquí el encuestado nos dará información sobre su estado de salud general, se compone de 28 preguntas donde cada una de ellas tiene 4 tipo de opciones de respuesta y el encuestado debe seleccionar la opción que más se ajuste a su situación.
- d) **Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE):** Con este inventario se quiere conocer

como el individuo está respondiendo al estrés o situaciones difíciles de su trabajo, tiene 22 afirmaciones de las cuales debe contestar seleccionando una de las cuatro alternativas que van en la numeración de 1 al 4 y trabaja con las siguientes variables: auto distracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, uso del apoyo emocional, uso de apoyo instrumental, retirada de comportamiento, desahogo, replanteamiento positivo, planificación, humor, aceptación, religión y culpa a sí mismo.

- e) **MOS de apoyo social:** Consta de un total de 20 items dividido en dos partes y nos va a ayudar a dar información sobre cuanto apoyo social dispone, es así que su primera parte el individuo responderá sobre la cantidad de amigos y familiares cercanos que tiene y en su segunda parte el encuestado seleccionará una alternativa en la escala de 1 al 5, respecto a la frecuencia con la cual tiene ese tipo de apoyo.
- f) **Personalidad Revisado de Eynseck EPQ-R:** Es también autoaplicable y se compone de 24 preguntas que determinarán el tipo de personalidad del encuestado y es la única que es de carácter dicotómico.

Los cuales están diseñados específicamente para ser aplicados a personal que se encuentre vinculado en el área de la salud.

#### 4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Al aplicar los test, surgieron algunas dudas al momento de ir respondiendo las preguntas al ver que algunas de ellas tocaban no solo temas laborales sino un poco más personales, pedían una explicación, la cual se les proporcionó indicándoles lo importante en la sinceridad de sus respuestas por la veracidad de la investigación realizada, se ofreció de antemano que se hará un informe individualizado y que la información ahí obtenida es solo con fines investigativos y de la misma manera confidencial, se explicó someramente lo que se busca medir con ayuda del tríptico que fue entregado para despejar sus dudas.

Para el caso de los médicos, se hizo una entrevista individualizada, donde se podía aclarar las dudas conforme se iban planteando las preguntas, cosa que no ocurrió con las enfermeras, ya que los instrumentos tuvieron que ser dejados de tal forma que ellas lo llenaran en algún momento libre y lo entregaran, lo cual quitó la posibilidad de explicación de las dudas que pudieran surgir, permitiendo de esta forma que las preguntas no hayan sido comprendidas en su contexto y así sesgando los resultados, la aplicación se realizó a un médico por día (marzo 2012) y en el caso de las enfermeras en forma grupal (abril 2012).

## **5. RESULTADOS OBTENIDOS**



Una vez aplicados los test a los 15 médicos y 15 enfermeras se obtuvo los siguientes resultados, considerando que se pidió colaboración en base a una encuesta sin decir explícitamente que es lo que se trataba de medir.

A continuación se presenta algunos cuadros, no se encontraron médicos o enfermeras que tengan el síndrome, y los resultados son los siguientes:

## 5.1. MÉDICOS SIN BURNOUT

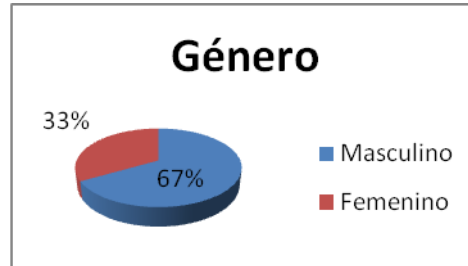
### 5.1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

#### *Porcentajes de personas sin el síndrome por género*

Tabla 1

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	10	66,6666667
Femenino	5	33,3333333
TOTAL	15	100

Gráfico 1



**Fuente:** Médicos de EmedicCenter, Quito

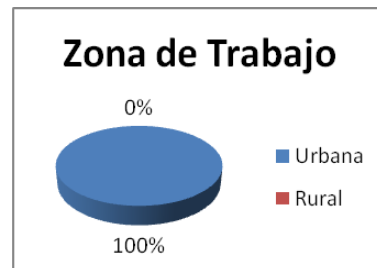
Según los datos podemos observar que de la población que no tiene el síndrome el 67% corresponde al género masculino y el 33% al femenino.

#### *Porcentajes de personas sin el síndrome por Zona de trabajo.*

Tabla 2

ZONA DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Urbana	15	100
Rural	0	0
TOTAL	15	100

Gráfico 2



**Fuente:** Médicos de EmedicCenter, Quito

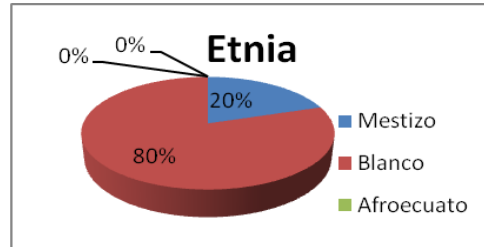
En esta tabla podemos determinar que el 100% de las personas trabajan en la zona Urbana.

### Porcentajes de personas sin el síndrome por Etnia.

Tabla 3

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	2	20
Blanco	8	80
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	10	100

Gráfico 3



Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

La figura muestra que un 20% de las personas son de raza mestiza y un 80% que se consideran de raza blanca.

### Porcentajes de personas sin el síndrome por Estado Civil.

Tabla 4

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	3	20
Casado	10	66,6666667
Viudo	0	0
Divor/sepa	2	13,33333333
Unión libre	0	0
TOTAL	15	100

Gráfico 4



Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Con la tabla se puede observar una mayor variedad de variables ya que tenemos que un 20% de los médicos son solteros, un 67% son casados y un 13% son divorciados.

### Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a con quien viven.

Tabla 5

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	0	0
Con más personas	15	100
TOTAL	15	100

Gráfico 5



Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

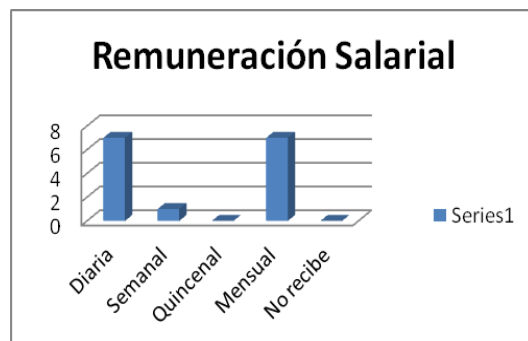
En la tabla se puede observar que la totalidad de los médicos viven con alguien el porcentaje así lo indica 100% viven con otras personas y 0% viven solos.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la frecuencia con que perciben su remuneración salarial.**

Tabla 6

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	7	46,6666667
Semanal	1	6,66666667
Quincenal	0	0
Mensual	7	46,6666667
No recibe	0	0
TOTAL	15	100

Gráfico 6



Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

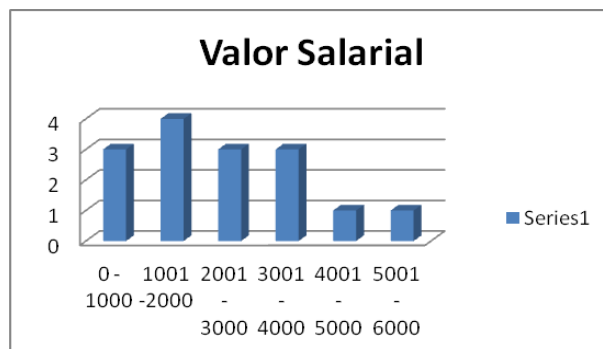
Respecto a los gráficos la frecuencia con la que reciben su remuneración salarial se encuentra en el 46.67% para diaria y mensual y un mínimo porcentaje semanal (6,67%), pero ninguno de los médicos encuestados sin el síndrome reciben remuneración quincenal.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al valor de remuneración salarial que perciben**

Tabla 7

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	3	20
1001 -2000	4	26,6666667
2001 - 3000	3	20
3001 - 4000	3	20
4001 - 5000	1	6,66666667
5001 - 6000	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Gráfico 7



Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Como muestran los gráficos es muy variada la cantidad económica que reciben como remuneración los médicos encuestados, aquí influye la especialidad y el tiempo de trabajo, es así que de ellos un 20% está entre 0 y 1000 USD, un 26% entre 1001 y 2000 USD, otro 20% para el rango entre 2001 a 3000 USD y de 3001 a 4000 USD, un 7% para el rango de 4001 a 5000 USD y el mismo 7% para el rango entre 5001 y 6000 USD.

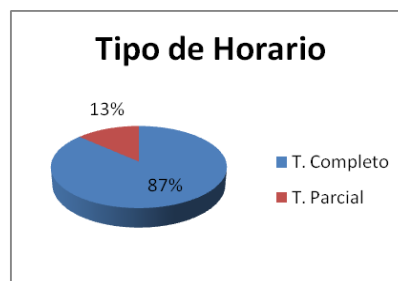
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al tipo de horario en el que trabajan**

Tabla 8

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	13	86,6666667
T. Parcial	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 8



Para esta gráfica, la mayoría de la población de médicos estudiada labora a tiempo completo (86,67%) y una minoría a tiempo parcial (13,33%).

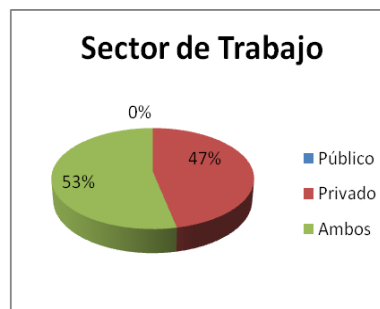
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al sector en el que trabajan**

Tabla 9

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	0	0
Privado	7	46,6666667
Ambos	8	53,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 9



Según esta gráfica, el 53.33% de los médicos trabajan tanto en el sector público como privado, y el 46.67% trabajan solo en el sector privado.

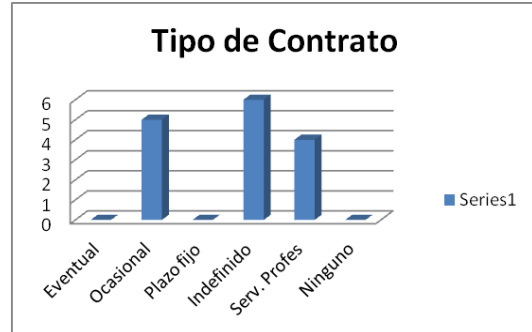
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al tipo de contrato de trabajo**

Tabla 10

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	5	33,3333333
Plazo fijo	0	0
Indefinido	6	40
Serv. Profes	4	26,6666667
Ninguno	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 10



Aquí se observa que el 40% de los médicos tiene un contrato indefinido, el 33,33% trabaja de forma ocasional y el 26,67% presta servicios profesionales.

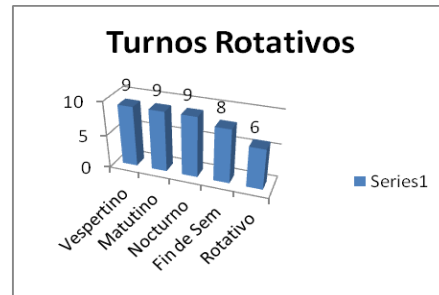
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a los turnos en los que trabaja**

Tabla 11

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	9	21,9512195
Matutino	9	21,9512195
Nocturno	9	21,9512195
Fin de Sem	8	19,5121951
Rotativo	6	14,6341463
TOTAL	41	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 11



Con este gráfico se puede observar que los médicos trabajan en un 21,95% tanto en turnos vespertino, matutino como nocturno, el 19,51% los fines de semana y el 63% trabajan en turnos rotativos, este último corresponde en su mayoría a los médicos residentes que no desarrollan sus funciones en horarios fijos sino que deben rotarse entre ellos para cubrir el 100% de la atención a los pacientes. Y los médicos de especialidad trabajan en horarios fijos o asisten según las citas que estén programadas o a hacer visitas a aquellos pacientes a los que han internado por cualesquier procedimiento realizado.

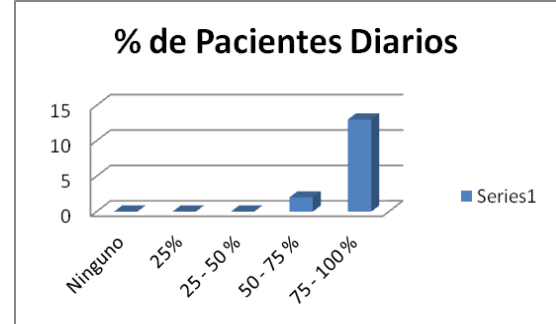
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la cantidad de pacientes que atienden por día**

Tabla 12

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	2	13,3333333
75 - 100 %	13	86,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 12



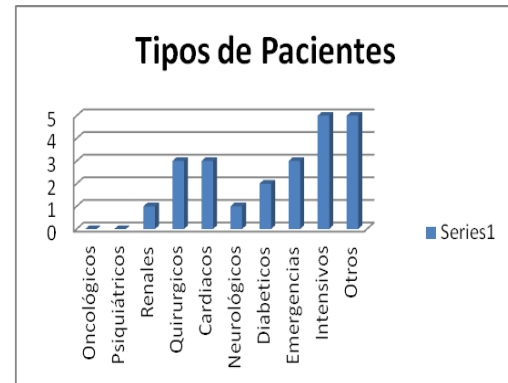
El gráfico muestra que 86,67% de la población de médicos dedica entre el 75 al 100% de su tiempo a la atención de pacientes, en este grupo se encuentran los médicos residentes que atienden sobre todo por emergencias a pacientes que llegan con todo tipo de patologías y el 13,33% de los médicos dedican del 50 al 75% de su tiempo a la atención, estos son aquellos que asisten a la clínica a consulta externa previa cita médica.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a los tipos de pacientes que atienden**

Tabla 13

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	0	0
Psiquiátricos	0	0
Renales	1	4,34782609
Quirúrgicos	3	13,0434783
Cardíacos	3	13,0434783
Neurológicos	1	4,34782609
Diabéticos	2	8,69565217
Emergencias	3	13,0434783
Intensivos	5	21,7391304
Otros	5	21,7391304
TOTAL	23	100

Gráfico 13



Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Respecto a este gráfico, los médicos atienden un 21,73% de pacientes de cuidados intensivos (médicos residentes) y a otros con diversas patologías y un pequeño

porcentaje (4,34%) de pacientes neurológicos y renales, la atención a pacientes quirúrgicos, cardíacos y de emergencias se atiende en un 13,04% y finalmente se atienden 8,69% de pacientes diabéticos.

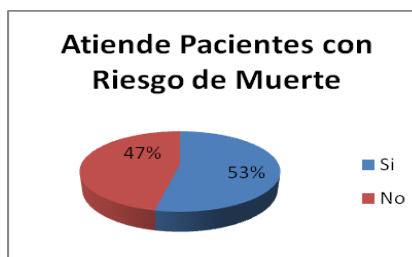
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la atención de pacientes con riesgo de muerte**

Tabla 14

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	8	53,3333333
No	7	46,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 14



Según este gráfico, el 53,33% de los médicos atienden a pacientes con riesgo de muerte, debido a que varios de ellos asisten a la consulta médica o emergencias en situación de gravedad y el 46,67% a pacientes sin ningún riesgo.

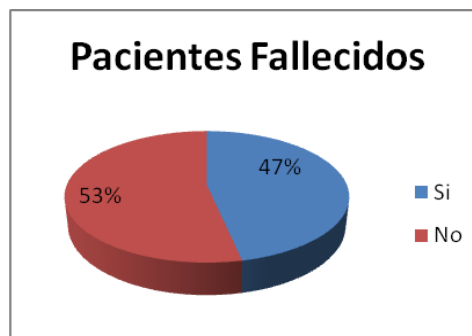
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a sus pacientes que han fallecido**

Tabla 15

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	7	46,6666667
No	8	53,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 15



En este gráfico se puede observar que un 53,33 de los médicos ha perdido un paciente, esto se da en aquellos que atienden personas con algún riesgo de muerte.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a los recursos necesarios que le brinda la institución en la que trabaja**

Tabla 16

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	5	35,7142857
Medianamente	9	64,2857143
Poco	0	0
Nada	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 16



Como muestra esta gráfica, el 64,29% de los médicos consideran que su institución le facilita medianamente de los recursos necesarios para la atención de sus pacientes y el 35,71% cuenta con la totalidad de los recursos que requieren.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a si ha solicitado algún permiso para ausentarse del trabajo**

Tabla 17

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	9	60
No	6	40
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 17



Se puede observar en la gráfica que el 60% de los médicos ha solicitado permiso para no asistir al trabajo en el último año y el 40% no lo ha hecho.



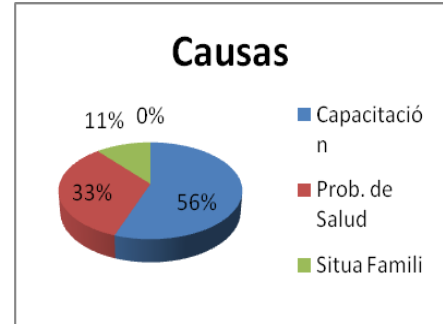
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a las causas para solicitar permisos**

Tabla 18

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	5	55,5555556
Prob. de Salud	3	33,3333333
Situa Famili	1	11,1111111
Otros	0	0
TOTAL	9	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 18



Observamos en esta gráfica que un 55.56% de médicos ha pedido permiso para asistir a alguna capacitación, el 33.33% por problemas de salud y el 11,11% por situaciones familiares, la mayoría de ellos optan por tomar cursos o asistir a congresos para perfeccionar sus técnicas o actualizarse en su especialidad.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la valoración de sus pacientes**

Tabla 19

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,6666667
Bastante	7	46,6666667
Totalmente	7	46,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 19



Según esta gráfica, el 46,67 de los médicos se siente bastante y totalmente valorado por sus pacientes y apenas un 6.67% se siente poco valorado.

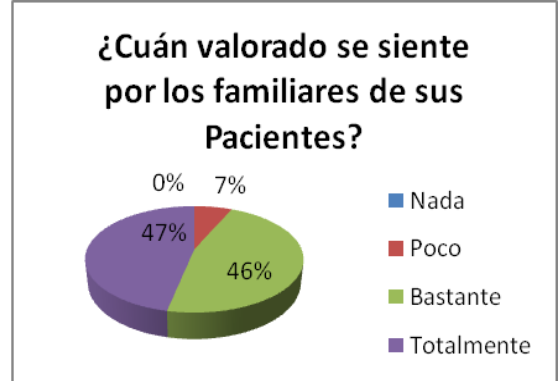
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la valoración de los familiares de sus pacientes**

Tabla 20

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66666667
Bastante	7	46,6666667
Totalmente	7	46,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 20



El 46,67% de los médicos considera que es valorado por los familiares de sus pacientes bastante y totalmente y el 6.67 lo valora poco.

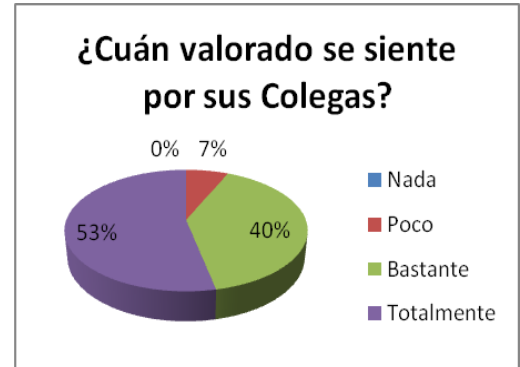
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la valoración que siente por parte de sus colegas**

Tabla 21

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66666667
Bastante	6	40
Totalmente	8	53,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 21



Respecto a este gráfico, el 53.33% de los médicos se siente totalmente valorado por sus colegas, el 40% bastante y el 6.67 poco, también destacamos que ninguno de ellos siente que no es nada valorado.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la valoración que siente por parte de los directivos de la institución**

Tabla 22

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66666667
Bastante	8	53,33333333
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 22



Esta gráfica nos indica que el 53.33% de los médicos siente que es bastante valorado por los directivos de su institución, el 40% totalmente y el 6,67% se siente poco valorado, esto se debe a la cantidad de apoyo y atención que reciben por parte de ellos.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la satisfacción que le da su trabajo**

Tabla 23

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66666667
Bastante	3	20
Totalmente	11	73,33333333
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 23



Respecto a esta gráfica, el 73.33% de los médicos se encuentra totalmente satisfecho con el trabajo que desempeña, el 20% bastante y el 6.67% poco satisfecho.

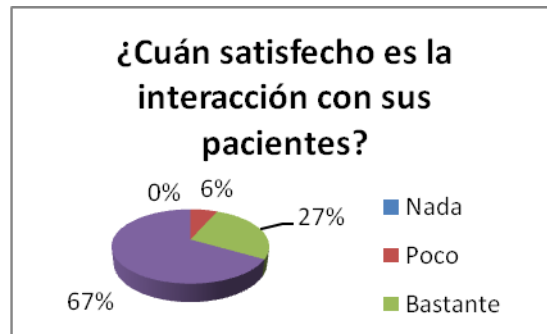
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con la interacción que tiene con sus pacientes**

Tabla 24

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,6666667
Bastante	4	26,6666667
Totalmente	10	66,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 24



Podemos observar que en esta gráfica, 66.67% de los médicos se siente en su totalidad satisfecho en su interacción con los pacientes, es decir se relacionan de mejor manera con ellos y la confianza es mutua, el 26,67% está bastante satisfecho y el 6.67% poco.

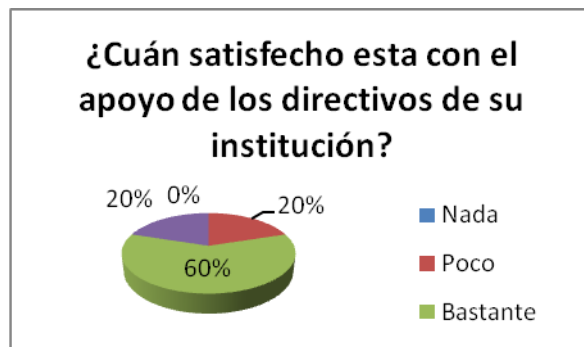
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con el apoyo por parte de los directivos de la institución**

Tabla 25

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	20
Bastante	9	60
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 25



Para esta gráfica, el 60% de los médicos se siente bastante satisfecho con el apoyo de los directivos de la institución en la que labora, el 20% se siente totalmente satisfecho y el otro 20% poco, esto se debe a la percepción que tienen acerca de si reciben todo aquello que necesitan por parte de los directivos, ya sean necesidades materiales o en el aspecto personal.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con la colaboración entre colegas**

Tabla 26

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66666667
Poco	3	20
Bastante	4	26,6666667
Totalmente	7	46,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 26



La presente gráfica nos muestra que el 46,67% de médicos se sienten totalmente satisfechos por la colaboración que existe entre colegas, el 26,67% bastante, el 20% poco y el 6.67% no siente ninguna satisfacción. Esta percepción se da más por la afinidad que existe entre colegas, cuanto mayor sea habrá más colaboración.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con su experiencia profesional en general**

Tabla 27

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66666667
Bastante	6	40
Totalmente	8	53,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 27



Se observa en esta gráfica que el 53.33% de los médicos se sienten totalmente satisfechos con su experiencia profesional, es decir consideran que han alcanzado logros, han cumplido sus objetivos, etc., el 40% se sienten bastante satisfechos y el 6.67% poco.

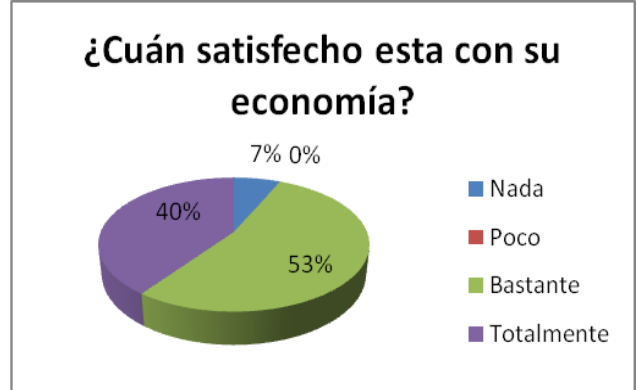
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con su situación económica**

Tabla 28

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66666667
Poco	0	0
Bastante	8	53,3333333
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de EmedicCenter, Quito

Gráfico 28



Respecto a esta gráfica, el 53.33% de médicos se siente bastante satisfecho con su economía, el 40% totalmente y un pequeño porcentaje (6,67%) no se siente nada satisfecho, esto se ve influido al lugar donde trabaja, el número de pacientes que atiende en especial en consulta externa y el número de lugares donde labora.

**5.1.2. DATOS DEL CUESTIONARIO MBI**

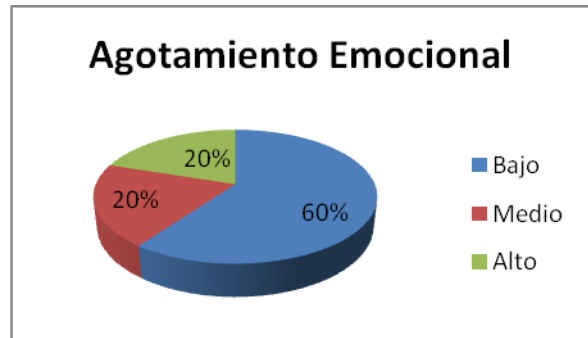
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al agotamiento emocional**

Tabla 29

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	9	60
Medio	3	20
Alto	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 29



De acuerdo a los resultados obtenidos, verificamos que existe un bajo agotamiento emocional en el 60% de la población sin el síndrome, un 20% dice estar a un nivel medio de agotamiento y el otro 20% a un alto nivel.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la despersonalización**

Tabla 30

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	12	92,3076923
Medio	1	7,69230769
Alto	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 30



Esta gráfica nos muestra que el 92,31% de médicos atiende a sus pacientes de forma empática, mientras que el 7,69% lo hace medianamente.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su realización personal**

Tabla 31

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 31



Podemos observar que el 100% de la población se siente realizada personalmente.

**5.1.3. DATOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL**

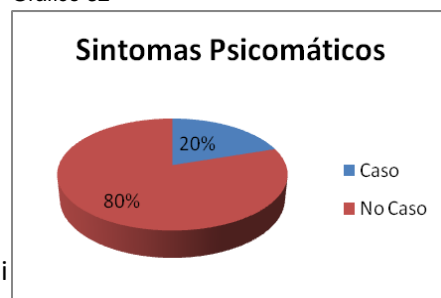
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a síntomas psicossomáticos que padecen**

Tabla 32

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	3	20
No Caso	12	80
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 32



Para esta gráfica el 80% de la población de médicos no padece de ningún síntoma psicosomático, mientras que el 20% si lo padece.

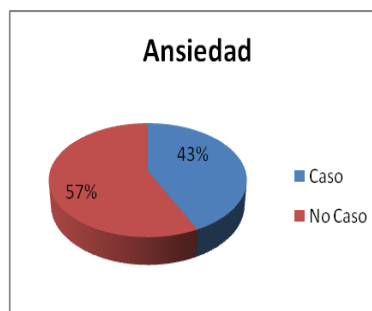
### **Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a si padecen de ansiedad**

Tabla 33

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	6	42,8571
No Caso	8	57,1429
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 33



Observamos que en esta gráfica el 57,14% de médicos no padecen ansiedad y el 42,86% si la tienen, dato que se puede ver influido también por la especialidad en la cual se desempeñan.

### **Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a si son disfuncionalmente sociales**

Tabla 34

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	14	100
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito)

Gráfico 34



Respecto a esta gráfica el 100% de la población sabe relacionarse socialmente y disfruta de ello.



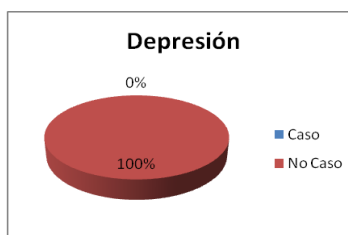
### Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a si padecen depresión

Tabla 35

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	12	100
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 35



Según esta gráfica el 100% de los médicos encuestados no padece depresión.

### 5.1.4. DATOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO

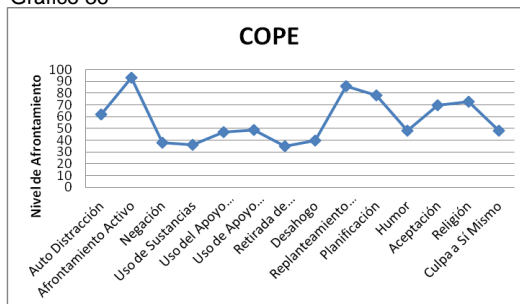
#### Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a sus capacidades para afrontar problemas

Tabla 36

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	62
Afrontamiento Activo	93
Negación	38
Uso de Sustancias	36
Uso del Apoyo Emocional	47
Uso de Apoyo Instrumental	49
Retirada de Comportamiento	35
Desahogo	40
Replanteamiento Positivo	86
Planificación	78
Humor	48
Aceptación	70
Religión	73
Culpa a Sí Mismo	48

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 36



Como muestra la figura destacamos como modos de afrontamiento, el afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación y aceptación y en bajos puntajes la negación, el uso de sustancias y la culpa a sí mismos.

### 5.1.5. DATOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

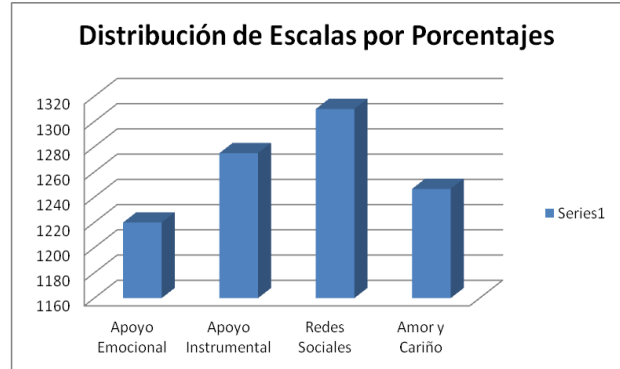
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al apoyo social con el que cuentan**

Tabla 37

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1220
Apoyo Instrumental	1275
Redes Sociales	1310
Amor y Cariño	1246,666667

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 37



Se observa que hay un alto porcentaje para el apoyo social, donde destacan las relaciones sociales y el apoyo instrumental.

### 5.1.6. DATOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

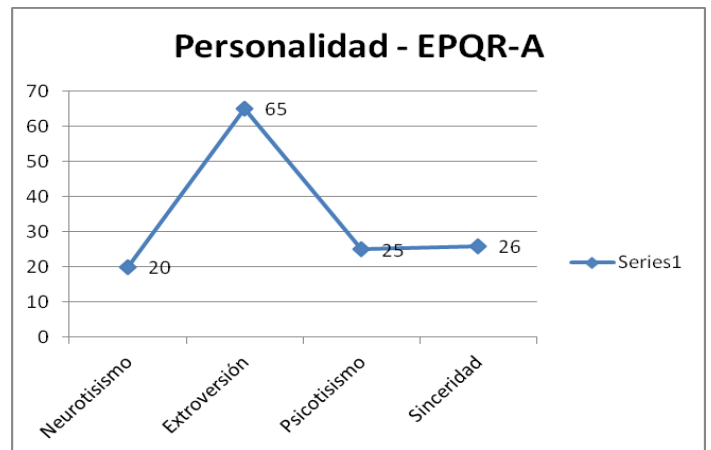
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su personalidad**

Tabla 38

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	20	14,7058824
Extroversión	65	47,7941176
Psicotismo	25	18,3823529
Sinceridad	26	19,1176471
TOTAL	136	100

Fuente: Médicos de Emediccenter, Quito

Gráfico 38



Se puede observar en esta gráfica, que el 47,79% de la población es extrovertida, el 19,12% es sincera, el 18,38% es psicótica y el 14,71% tiene tendencia al neuroticismo.

## 5.2. ENFERMEROS SIN BURNOUT

### 5.2.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

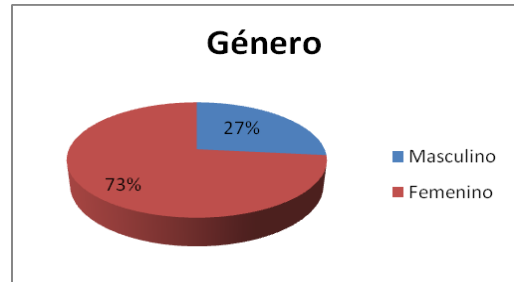
#### *Porcentajes de personas sin el síndrome por género*

Tabla 39

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	4	26,6666667
Femenino	11	73,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 39



Respecto a esta gráfica, podemos observar que el 73,33% de la población que no padece el síndrome es femenino, mientras que el 26,67 es masculino.

#### *Porcentajes de personas sin el síndrome por Zona de trabajo*

Tabla 40

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	15	100
Rural	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 40



En esta gráfica observamos que el 15% de la población encuestada reside en la zona urbana de Quito.

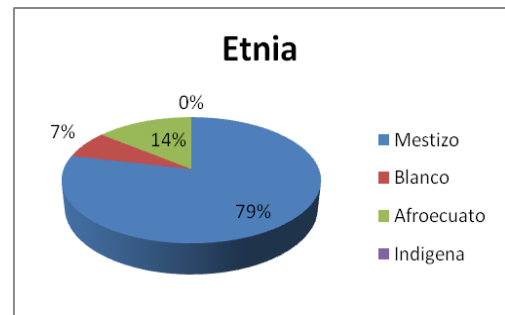
#### *Porcentajes de personas sin el síndrome por Etnia*

Tabla 41

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	11	78,5714286
Blanco	1	7,14285714
Afroecuato	2	14,2857143
Indígena	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 41



Los datos presentados en esta gráfica indican que el 78,57% de la población se considera mestiza, el 14,29% afroecuatoriana y un reducido porcentaje (7,14%) se considera blanca y ninguno indígena.

### Porcentajes de personas sin el síndrome por Estado Civil

Tabla 42

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	9	60
Casado	5	33,3333333
Viudo	0	0
Divor/sepa	0	0
Unión libre	1	6,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 42



En esta gráfica observamos que el 60% de la población encuestada es soltera, el 33,33% se encuentra casada, el 6,67% vive bajo unión libre y ninguno es viudo y divorciado.

### Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a con quien viven

Tabla 43

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	2	13,3333333
Con más personas	13	86,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 43



La presente gráfica revela que el 86,67% de la población vive en compañía de otras personas, mientras que el 13,33% vive solo.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a con qué frecuencia perciben su remuneración salarial**

Tabla 44

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	13	86,6666667
Mensual	2	13,3333333
No recibe	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 44



Respecto a estos datos, el 86,67% de la población de enfermeros percibe una remuneración quincenal y el 13,33% mensual.

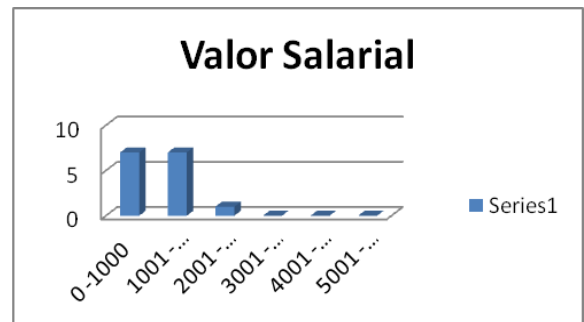
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al valor de remuneración salarial que perciben**

Tabla 45

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	7	46,6666667
1001 -2000	7	46,6666667
2001 - 3000	1	6,6666667
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 45



Para estos datos, existe una distribución equilibrada para aquellos enfermeros que perciben una remuneración de 0 a 1000 dólares del 46,67%, y el mismo porcentaje para los que ganan entre 1001 y 2000 dólares y un reducido porcentaje del 6,67% que gana de 2001 a 3000 dólares.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al tipo de horario en el que trabajan**

Tabla 46

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	14	93,3333333
T. Parcial	1	6,6666667
TOTAL	15	100

Fuente Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 46



En esta gráfica se observa que el 93,33% de la población entrevistada trabaja a tiempo completo y apenas el 6,67% a tiempo parcial.

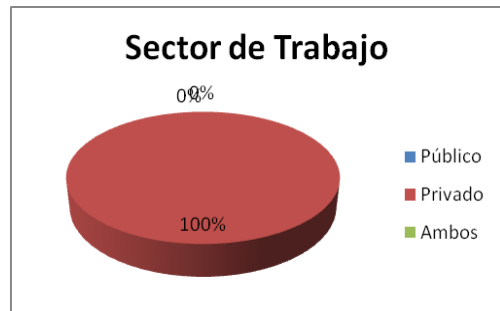
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al sector en el que trabajan**

Tabla 47

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	0	0
Privado	15	100
Ambos	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 47



Observamos en esta gráfica que la totalidad de la población trabaja en el sector privado.

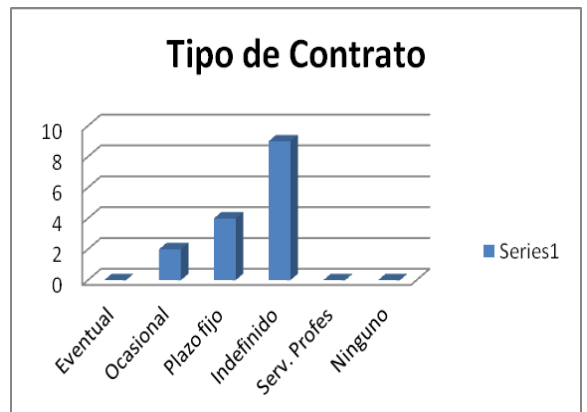
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al tipo de contrato de trabajo**

Tabla 48

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	2	13,3333333
Plazo fijo	4	26,6666667
Indefinido	9	60
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 48



Respecto a estos datos, observamos que el 60% de la población tiene un contrato fijo de trabajo, el 26,67% a plazo fijo y el 13,33% es llamado ocasionalmente a trabajar.

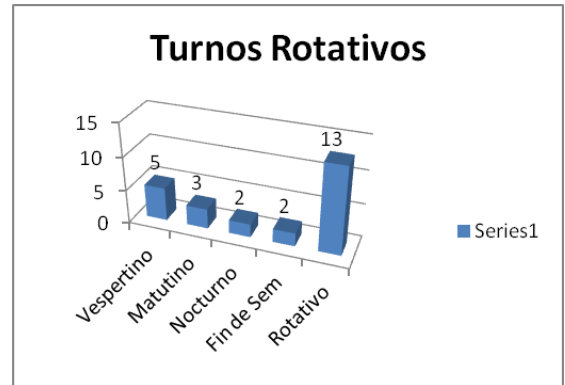
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a los turnos en los que trabaja**

Tabla 49

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	5	20
Matutino	3	12
Nocturno	2	8
Fin de Sem	2	8
Rotativo	13	52
TOTAL	25	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 49



Los datos que nos presenta esta gráfica, indica que el 52% de la población trabaja en turnos rotativos, el 20% por la tarde, el 12% en la mañana, el 8% en las noches y el otro 8% los fines de semana.

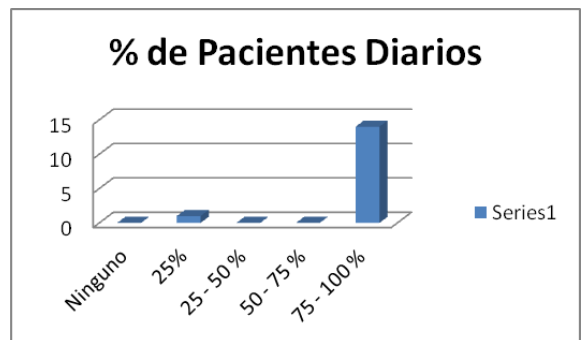
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la cantidad de pacientes que atienden por día**

Tabla 50

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	1	6,66666667
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	0	0
75 - 100 %	14	93,33333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 50



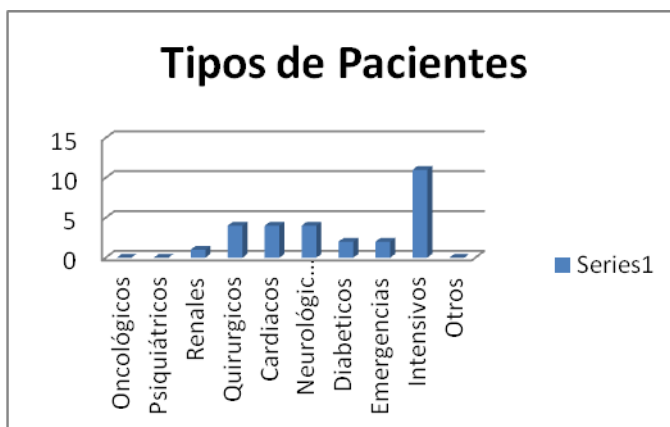
Respecto a los presentes datos, observamos que el 93,33% de los enfermeros dedica del 75 al 100% de su turno a la atención de pacientes y apenas el 6,67% dedica el 25% del suyo.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a los tipos de pacientes que atienden**

Tabla 51

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	0	0
Psiquiátricos	0	0
Renales	1	3,57142857
Quirúrgicos	4	14,2857143
Cardiacos	4	14,2857143
Neurológicos	4	14,2857143
Diabéticos	2	7,14285714
Emergencias	2	7,14285714
Intensivos	11	39,2857143
Otros	0	0
TOTAL	28	100

Gráfico 51



Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Según estos datos, el 39,28% de la población atiende a pacientes de cuidados intensivos, el 14,29% a quirúrgicos, otro 14,29% a pacientes con problemas cardiacos, así mismo otro 14,29% a pacientes neurológicos, un 7,15% a pacientes diabéticos, el otro 7,15% pacientes de emergencias y el 3,57% pacientes con problemas renales.

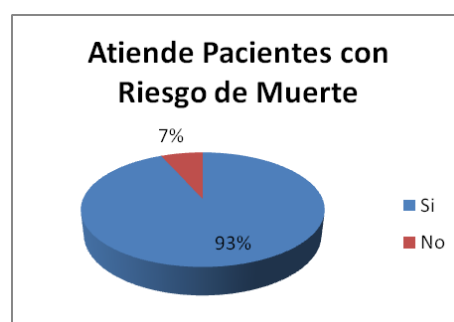
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la atención de pacientes con riesgo de muerte**

Tabla 52

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	14	93,3333333
No	1	6,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 52





Para esta gráfica, se puede notar que el 93,33% atiende a pacientes con riesgo de muerte, ya que se trata de un grupo que trabaja en terapia intensiva y un reducido porcentaje (6,67%) no atienden este tipo de pacientes.

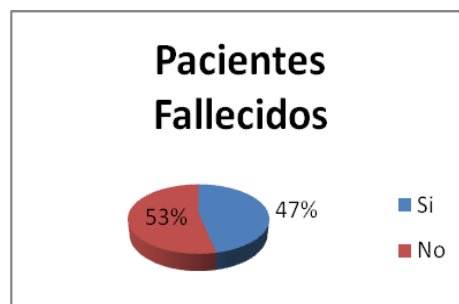
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a sus pacientes que han fallecido**

Tabla 53

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	7	46,6666667
No	8	53,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 53



Según esta gráfica, el 46,67% de la población se ha relacionado con un paciente que ha fallecido y el 53,33% no.

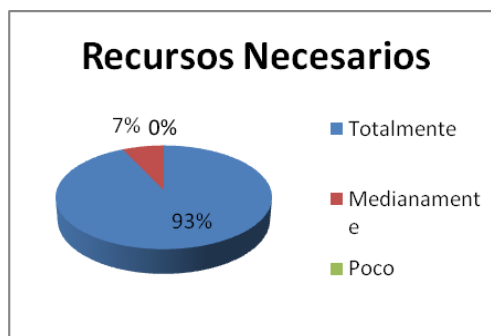
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a los recursos necesarios que le brinda la institución en la que trabaja**

Tabla 54

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	13	92,8571429
Medianamente	1	7,14285714
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 54



La presente gráfica nos muestra que el 92,86% de la población recibe totalmente los recursos necesarios para realizar su trabajo y apenas un 7,14% recibe medianamente los recursos.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a si ha solicitado algún permiso para ausentarse del trabajo**

Tabla 55

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	4	26,6666667
No	11	73,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 55



Observamos en esta gráfica que el 73,33% de la población encuestada no ha solicitado permisos en el último año, mientras que el 26,67% si lo ha hecho.

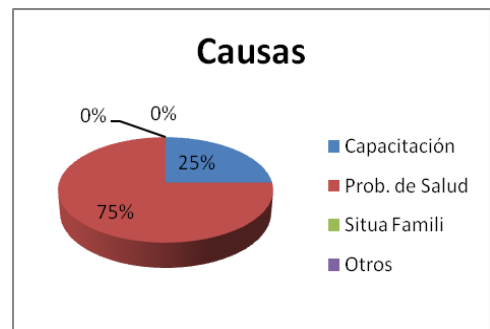
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a las causas para solicitar permisos**

Tabla 56

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	1	25
Prob. de Salud	3	75
Situa Famili	0	0
Otros	0	0
TOTAL	4	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 56



Estos datos nos muestran que el 75% de los enfermeros entrevistados han solicitado permisos problemas de salud y el 25% para realizar algún tipo de capacitación.

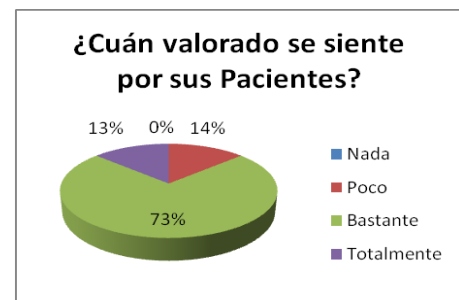
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la valoración de sus pacientes**

Tabla 57

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,3333333
Bastante	11	73,3333333
Totalmente	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 57



Según estos resultados, un 73,33% se siente bastante valorado por sus pacientes, un 13,33% se siente totalmente y el otro 13,33% poco valorado.

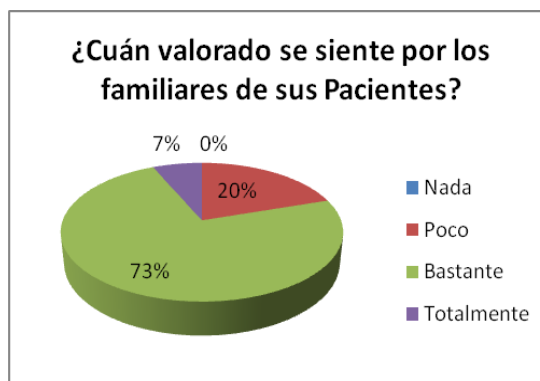
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la valoración de los familiares de sus pacientes**

Tabla 58

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	20
Bastante	11	73,33333333
Totalmente	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 58



Según estos datos, observamos que el 73,33% de la población se siente bastante valorado por los familiares de sus pacientes, el 6,67% totalmente valorado y el 20% siente que es poco valorado.

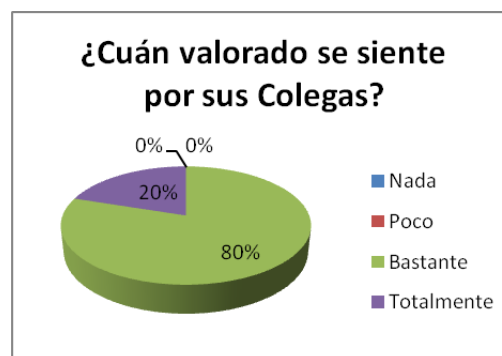
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la valoración que siente por parte de sus colegas**

Tabla 59

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	12	80
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 59



La presente gráfica nos indica que el 80% de la población se siente bastante valorado por sus colegas y el 20% totalmente valorado.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la valoración que siente por parte de los directivos de la institución**

Tabla 60

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,3333333
Bastante	11	73,3333333
Totalmente	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 60



Esta gráfica nos indica que el 73,33% de los enfermeros se siente bastante valorado por los directivos de su institución, un 13,33% totalmente y el otro 13,33% se siente poco valorado.

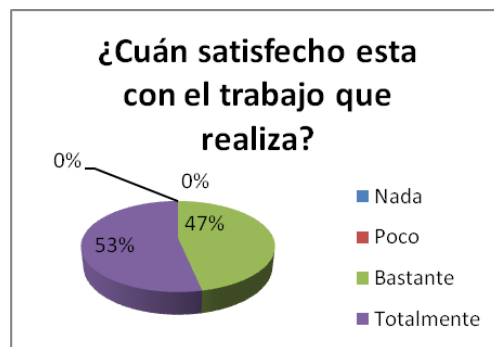
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a la satisfacción que le da su trabajo**

Tabla 61

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46,6666667
Totalmente	8	53,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 61



Respecto a los presentes datos, un 53,33% de la población se encuentra totalmente satisfecho con el trabajo que realiza y el 46,67% está bastante satisfecho.

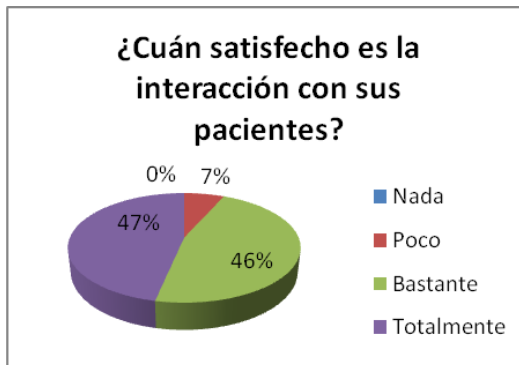
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con la interacción que tiene con sus pacientes**

Tabla 62

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66666667
Bastante	7	46,6666667
Totalmente	7	46,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 62



Podemos observar que en esta gráfica, un 46.67% de la población se siente en su totalidad satisfecho con su interacción con los pacientes, otro 46,67% está bastante satisfecho y el 6.67% poco.

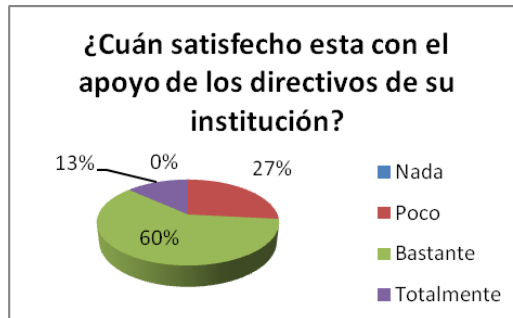
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con el apoyo por parte de los directivos de la institución**

Tabla 63

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	26,6666667
Bastante	9	60
Totalmente	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 63



Esta gráfica nos indica que el 60% de la población está bastante satisfecha con el apoyo de los directivos de su institución, el 26,67% poco y el 13,33% totalmente satisfecho.

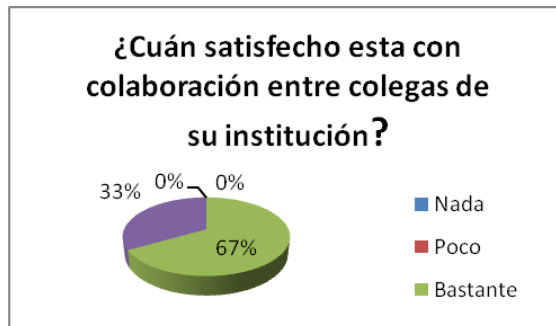
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con la colaboración entre colegas**

Tabla 64

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	10	66,6666667
Totalmente	5	33,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 64



La presente gráfica nos indica que el 66,67% de los enfermeros entrevistados se sienten bastante satisfechos por la colaboración que existe entre colegas y el 33,33% totalmente.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con su experiencia profesional en general**

Tabla 65

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,6666667
Bastante	9	60
Totalmente	5	33,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 65



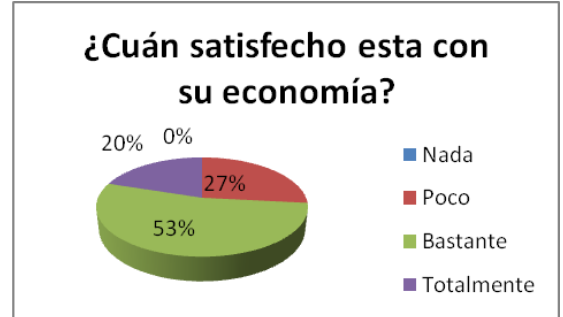
Según los datos presentados, el 60% de la población se siente totalmente satisfecho con su experiencia profesional, el 33,33% bastante y 6,67% de ellos siente poca satisfacción.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su satisfacción con su situación económica**

Tabla 66

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	26,6666667
Bastante	8	53,3333333
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

Gráfico 66



Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Según esta gráfica, el 53,33% de los enfermeros encuestados se siente bastante satisfecho con su situación económica, el 26,67% poco y el 20% totalmente satisfecho.

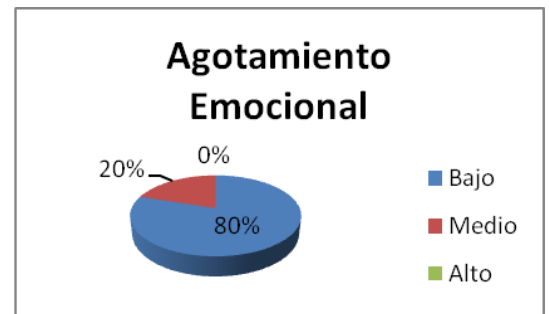
**5.2.2. DATOS DEL CUESTIONARIO MBI**

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al agotamiento emocional**

Tabla 67

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

Gráfico 67



Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

De acuerdo a los resultados obtenidos, verificamos que existe un bajo agotamiento emocional en el 80% de la población sin el síndrome, mientras que un 20% dice estar a un nivel medio de agotamiento.

**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al agotamiento emocional**

Tabla 68

Despersonalización		
Nivel	Fr	%
Bajo	14	93,3333333
Medio	1	6,6666667
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 68



Esta gráfica nos muestra que el 93,33% de la población entrevistada atiende a sus pacientes de empáticamente, mientras que el 6,67% lo hace medianamente.

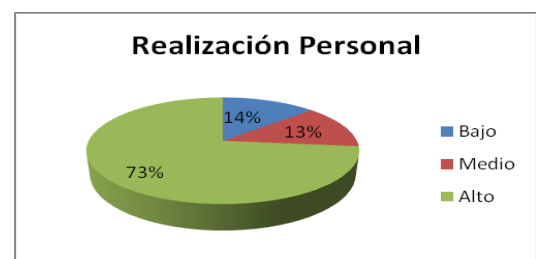
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su realización personal**

Tabla 69

Realización Personal		
Nivel	Fr	%
Bajo	2	13,3333333
Medio	2	13,3333333
Alto	11	73,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 69



Estos datos nos indican que el 73,33% tiene un nivel alto de realización personal, un 13,33% medio y el otro 13,33% un nivel bajo.

**5.2.3. DATOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL**

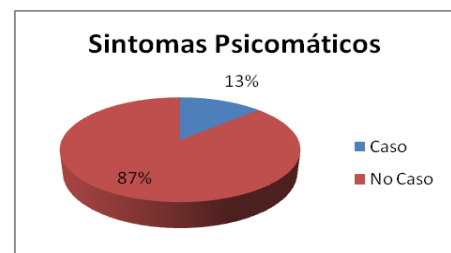
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a síntomas psicossomáticos que padecen**

Tabla 70

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	2	13,3333333
No Caso	13	86,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 70





Para esta gráfica el 86,67% de la población no tiene ningún síntoma psicossomático, mientras que el 13,33% si tiene.

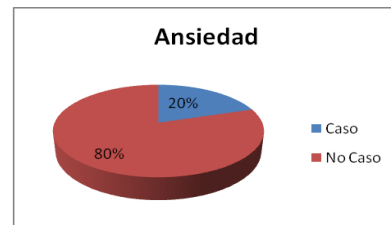
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a si padecen de ansiedad**

Tabla 71

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	3	20
No Caso	12	80
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 71



La presente gráfica nos indica que el 80% de enfermeros no padecen ansiedad y el 20% si lo padece.

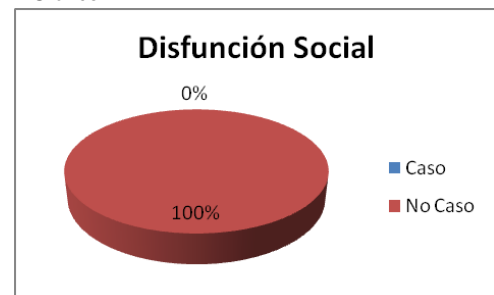
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a si son disfuncionalmente sociales**

Tabla 72

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	14	100
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 72



Según esta gráfica el 100% de la población no presenta problemas de disfunción social.

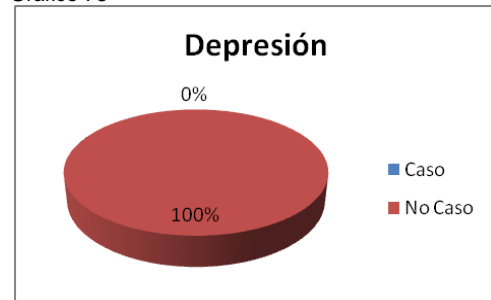
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a si padecen depresión**

Tabla 73

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	13	100
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 73



Para esta gráfica el 100% de la población no padece de depresión.

## 5.2.4. DATOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO

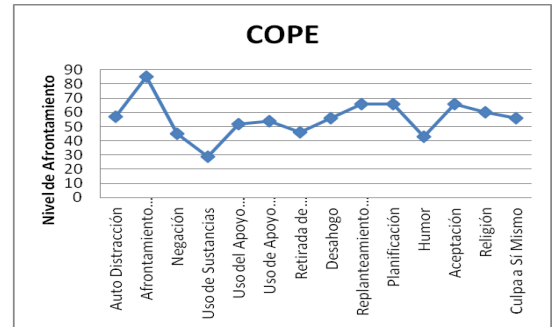
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a sus capacidades para afrontar problemas**

Tabla 74

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	57
Afrontamiento Activo	85
Negación	45
Uso de Sustancias	29
Uso del Apoyo Emocional	52
Uso de Apoyo Instrumental	54
Retirada de Comportamiento	46
Desahogo	56
Replanteamiento Positivo	66
Planificación	66
Humor	43
Aceptación	66
Religión	60
Culpa a Sí Mismo	56

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 74



En este gráfico se observa que de las formas de afrontamiento destacan, el afrontamiento activo, planificación, replanteamiento positivo y la aceptación y entre los negativos como el uso de sustancias, retirada del comportamiento y negación, al obtener bajos puntajes ayudan a determinar el porqué no está presente el síndrome.

## 5.2.5. DATOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

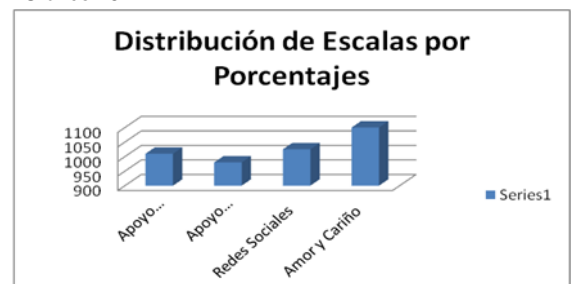
**Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo al apoyo social con el que cuentan**

Tabla 75

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1010
Apoyo Instrumental	980
Redes Sociales	1025
Amor y Cariño	1100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 75



Con esta gráfica se determinó que el amor y cariño, así como las redes sociales son los apoyos sociales que más destacan.

### 5.2.6. DATOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

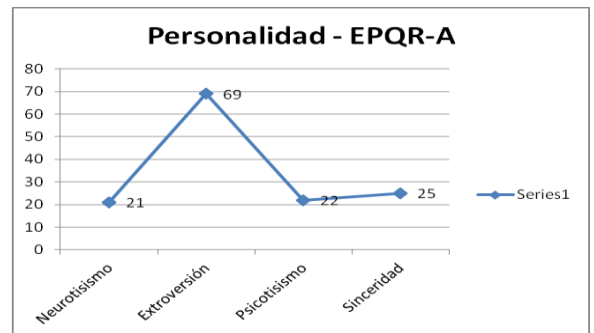
#### *Porcentajes de personas sin el síndrome de acuerdo a su personalidad*

Tabla 76

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	21	15,3284672
Extroversión	69	50,3649635
Psicotismo	22	16,0583942
Sinceridad	25	18,2481752
TOTAL	137	100

Fuente: Enfermeros del Hospital Metropolitano, Quito

Gráfico 76



Se pudo observar en esta gráfica que el 50,36% de la población es extrovertida, el 18,25 es sincera, el 16,06% es psicótica, el 15,33% es neurótica.

## **6. DISCUSION DE RESULTADOS**

## **6.1. DETERMINAR EL ESTADO DE LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES DE LAS INSTITUCIONES APLICADAS**

Una vez aplicados los test a los 15 médicos y 15 enfermeras se puede determinar de un universo de 30 encuestados ninguno presenta el síndrome aunque posiblemente algunos de ellos tienen una tendencia a padecerlo, de no corregir ciertos aspectos de su vida personal y familiar, para lo cual se dividió en dos grupos primero los médicos y luego las enfermeras.

Debemos considerar que esta investigación fue realizada en la ciudad de Quito en la clínica Emediccenter, la muestra de médicos fue muy pequeña, lo cual nos resta un poco el campo de análisis ya que con los datos que se obtuvieron en el cuestionario socio-demográfico y laboral, se puede determinar que ninguno trabaja en la zona rural por ejemplo, o que todos viven con alguien, o como hay una diversidad en el estado civil, es decir entre casados, solteros y divorciados, no hay una prevalencia de alguno de ellos para la existencia del síndrome, por las características también de la rama en la que se desempeñan el valor salarial varía por la especialidad que tienen, la cantidad de lugares donde trabajan, incluso la frecuencia con la que reciben sus honorarios, es decir va desde diariamente hasta una vez al mes, que pudiera ser quincenal también o semanal, entonces con estos antecedentes se puede generalizar al grupo indicando que no hay una variable que pudiera afectar directamente a la presencia del síndrome.

Un factor que si podría ser determinante al momento de la aparición del síndrome es aquel que tiene que ver con el riesgo de muerte que presenta un paciente y esto se da en las especialidades críticas, como se dijo antes como no estamos estudiando una rama específica de la medicina como la cardiología o la terapia intensiva, áreas donde sus pacientes corren algún riesgo de perder la vida, o ramas como la dermatología o la oftalmología, donde tal vez el riesgo no es la muerte pero si de pronto la pérdida de alguno de los sentidos básicos, pero es justamente ese el punto que dada la variedad de personas que se aplicó el test no hay algo que determine exactamente que podría dar la tendencia a la aparición del síndrome, aquí realmente lo que pretendemos encontrar es si la frecuencia de atención a personas que requieren ayuda es lo que causa el estrés en los médicos.

Luego de haber revisado el test socio demográfico y laboral es importante determinar que los médicos en su mayoría se sienten totalmente satisfechos con la interacción que llevan con sus colegas, pacientes, directivos, con la experiencia adquirida, y con la remuneración recibida, encontrando de pronto pocas personas que responden de una manera negativa sin que necesariamente sea siempre la misma persona quien haga esa mala calificación.

En su mayoría el agotamiento emocional no es una característica que domine aunque si hay la presencia de personas que presentan un medio y alto agotamiento que se ve influido por la cantidad de carga horaria y turnos sobre todo, la despersonalización está presente en un menor porcentaje y todos sin excepción se sienten realizados personalmente (Bosqued, 2008).

También podemos determinar que hay personas que presentan síntomas somáticos que en su mayoría de los que lo presentan estamos hablando de cansancio ya que podemos ver que hay una gran carga de horas de trabajo en todos, ya que el 75% del tiempo o mas pasan atendiendo pacientes, la ansiedad está presente también en un porcentaje poco menos de la mitad pero es por las actividades propias de la medicina, lo cual se ve complementado con el hecho que ninguno de ellos presente disfunciones sociales en sus actividades diarias y que tampoco ninguno presente síntomas de depresión.

De las maneras de afrontamiento que mide el test BRIEF-COPE, podemos determinar que el afrontamiento activo y el replanteamiento positivo de las situaciones son los que más alto puntaje obtienen a nivel general, lo cual habla de una preparación desde sus tiempos de estudio previo a ejercer la carrera, tenemos la aceptación, la religión y la auto distracción como variables que también ayudan a contrarrestar el apareamiento del síndrome, con un puntaje bajo encontramos las variables negativas del test como el uso de sustancias y el evitar la situación, y, lo que si observamos es que el humor está con una baja puntuación también, todo esto siempre recordando que muchas veces las actividades que desempeñan tienen que realizarse en un ambiente donde la única respuesta que el paciente puede dar es una queja de dolor y es entonces donde no hay una comunicación bidireccional clara sino que se limita a una pregunta y a una respuesta lo

que no ayuda a que el doctor pueda ganar la confianza del paciente como lo es en una consulta donde la comunicación es abierta.

## **6.2. IDENTIFICAR EL APOYO SOCIAL, PROCEDENTE DE LA RED SOCIAL INDIVIDUAL**

Para el test de apoyo social, la variable que destaca es las redes sociales que todos han sabido manejar de tal manera que las labores que desempeñan diariamente se ven muy bien complementadas con otras actividades que disipan su mente, el apoyo instrumental así como el amor y cariño están relacionados ya que podríamos hablar que una tercera persona desempeña esa función que le ayuda a mejorar en estos dos aspectos.

## **6.3. IDENTIFICAR LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PROFESIONALES QUE SEAN IDENTIFICADOS CON EL SÍNDROME BURNOUT**

Como premisa se determinó que luego de la aplicación de los test se deduce que ningún elemento de la población ha sido afectado por el síndrome, y de ellos se obtuvo los siguientes resultados:

En cuanto a la personalidad de los encuestados aquí se encontró que todos poseen un alto sentido de extroversión, lo cual facilita en sus labores diarias el contacto que deben tener siempre con otros pacientes, si bien hay un porcentaje casi igual en la tendencia al Neuroticismo y al Psicotismo, no deja de ser baja esa puntuación, lo cual indica hay algunas personas que podrían estar en un límite próximo a tener el síndrome, pero dado a que no hay personas identificadas con el Burnout no se pudo determinar qué tipo de rasgo es el que promueve el mismo en nuestro estudio.

El perfil personal predispone al individuo a la obtención del Burnout, sobre todo aquellos que tienen características del Neuroticismo o Psicotismo que son variables que si miden los test aplicados, aunque en general eso no dio un resultado alto, es por eso que en conjunto ayuda a corroborar que en este grupo no hay presencia del síndrome, pero se encontró otros factores como la negación que aunque tampoco es un síntoma del grupo afecta a la aparición del mismo (Bermejo, Díaz- Albo, & Sánchez, 2011).

#### **6.4. CONOCER LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES ADVERSAS EN ACTIVIDADES PROFESIONALES**

A pesar que en el estudio (Alvarez, 2009) y (García y Herero 2008) consultados se puede determinar que hay variables como la edad, género, o una etnia determinan la presencia del síndrome, no es el caso para nuestro estudio, lo que esperábamos obtener era una mayor tendencia a la enfermedad en aquellas personas que tienen más años de trabajo o que tienen contacto con personas que presentan un riesgo de muerte, pero no fue así dado que las personas con más años de trabajo, han sabido desarrollar en base a su misma experiencia mejores respuestas a los estresores que pudiera generarles un paciente en estado crítico o terminal, aquí lo que se vería afectada es la manera como dos personas distintas resolverían la misma situación de ese paciente, en base al perfil personal que tiene cada uno de ellos, es decir saber sobrellevar el hecho de que se podría cometer un error sin maximizarlo al punto de sentirse culpable por ello y no perdonárselo, ya que si esto no se maneja adecuadamente si podría desencadenar la aparición del síndrome.

Para ser un poco más generales en cuanto a los resultados de los médicos de la clínica Emediccenter, se determinó que la mayoría de ellos tienen total control sobre sus agendas personales, y con ellos sobre sus pacientes, cosa que no ocurre con los residentes o con las personas de algún área crítica que no saben en qué momento deben atender a una persona y con qué riesgo se presenta, por lo que este no sería un causal para el síndrome, es por esto que dada la limitación del grupo al que fue aplicado no se pudo determinar específicamente si hay una rama de la medicina que sea más propensa al Burnout por la naturaleza de su trabajo, ya que no es lo mismo trabajar con un paciente en terapia intensiva que con uno que asiste a consulta por un dolor de oído, para poder determinar esto se debería hacer un estudio específico por áreas de trabajo, para así determinar si la especialización, los años de trabajo, la cantidad de horas de trabajo, la zona de trabajo, son variables que influyen la aparición del Burnout, y que aquí no pudieron ser medidas en forma específica sino general, es decir si se tiene una misma variable como por ejemplo los años de trabajo, estudiaremos a todos los médicos que tengan esa cantidad de años de



trabajo y de ahí iremos determinando cuántos de ellos son casados, cuántos son varones, cuantas horas trabajan, etc., de ahí podríamos partir pero en este estudio tenemos variedad de edades especialidades sobre todo, lo cual hace que por el tipo de pacientes tengan distintas maneras de sobrellevar el estrés que su función les podría causar.

Con los test aplicados se determinó que si bien no hay síntomas del síndrome en esta clínica, es muy importante tener en cuenta que hubo un nivel bajo de sinceridad en las respuestas, lo que dificulta un poco el poder tener respuestas más objetivas sobre esto, pero en todo caso ayudó a tener una idea más clara sobre como los doctores manejan a sus pacientes ya que se pudo tener una entrevista particular con cada uno de ellos el momento de la aplicación de los test y eso facilitó conocerlos un poco más para así predeterminar por dónde irían encaminadas sus respuestas.

Los resultados de la investigación por la limitación que se tuvo en cuanto a los participantes no concuerdan con otros estudios como los realizados en el Hospital de Baza en Octubre 2011, una diferencia fundamental es que todos los encuestados en dicho estudio pertenecen al área de urgencias y son residentes, es decir todos desempeñan el mismo trabajo, entonces ahí se puede deducir si dentro del área hay un factor determinante en la aparición del síndrome, o en el entorno más cercano, es decir si el ambiente es el propicio, las condiciones de trabajo, laborales y políticas propias de cada centro, y el grado de aceptación de sí mismos respecto a la situación laboral que llevan.

Otro estudio realizado en México a un grupo de médicos familiares en Diciembre de 2009, arrojó el siguiente resultado, El síndrome en médicos familiares mexicanos es frecuente (41,6%), con una mayor prevalencia por ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, 10 años y más de antigüedad en el servicio y contratación de base. Así mismo, la sub escala de AE presentó un riesgo similar al del síndrome en estudio, lo cual puede ser orientador para profundizar esta similitud. Nuestros niveles medios de afectación según las sub escalas del Burnout, según las estadísticas revisadas, ubican a los médicos familiares mexicanos para el AE en nivel intermedio de prevalencia; la DP, en la zona de baja prevalencia, y el RP, en prevalencia alta. Las correlaciones entre las sub escalas están de acuerdo con otros

reportes. Lo anterior llevó a considerar la necesidad de establecer medidas preventivas o de intervención en los ámbitos individual, social u organizacional, a fin de reducir la prevalencia encontrada.

Según este estudio se determinó que si afecta la edad, el género y la cantidad de hijos, pero también esta aplicado a médicos en una misma especialidad es decir médicos familiares que es el grupo mayoritario que tiene el primer nivel de contacto y atención hacia los pacientes, por ello observamos que a nivel de Hispanoamérica, los médicos familiares evidencian una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas oscilan desde el 7,7% (19) hasta el 91,8% (20). Por ejemplo, en España el síndrome se detecta con una frecuencia que va del 11,1% al 91,8%; en Centro, Sudamérica y Cuba, del 7,7% al 79,7%, y en México, desde el 12,8% al 50,5%, datos obtenidos del mismo estudio.

En conclusión, hay muchas relaciones entre todas las escalas y que si bien no hay presencia directa del síndrome en los médicos que fueron objeto de estudio, si hay la probabilidad basándose en otros estudios que las variables como la edad o el área de trabajo sean generadores del síndrome, por lo cual es importante que se pueda atacar oportunamente esos síntomas de tal manera que no se vea influido en el resultado final de la función diaria que desempeña cada uno de los médicos y es la atención al paciente que va en busca de una ayuda al problema que presenta y ya que si no se dispone de la actitud que esto requiere se puede entregar una solución no satisfactoria para el paciente que sería el único perjudicado y dependiendo del nivel de estrés que tenga el médico puede constituirse para él en una reacción negativa al sentir que ya no está dando las respuestas que quizá si las daba al inicio, y caer en algún tipo de depresión por no sentirse lo suficientemente apto para desempeñar el rol que decidió como profesión.

Para la parte de la investigación que tiene que ver con la enfermería se efectuó al área de cuidados intensivos del Hospital Metropolitano de Quito para aplicar los test a un grupo de 15 enfermeros, aquí por la naturaleza del trabajo se planteó de antemano que se encontrarían personas que tuvieran el síndrome ya que el riesgo de muerte de los pacientes que atienden es mayor y dado que el trabajo de los/as enfermeros/as es el más complicado

se esperó más respuestas que se acercan al síndrome, pero finalmente una vez aplicados los test los resultados no entregaron alguna persona que pudiera presentarlo, bastante cerca hay personas que tienen tendencia a ello, lo curioso es al plantearse la hipótesis sobre la edad que debería verse más afectada la primera conclusión después de haber leído la bibliografía es que posiblemente las personas que tienen más tiempo trabajando son las que podrían ser más propensas pero, la realidad es que la persona más joven, fue quien dio las respuestas que más se acercaban al síndrome, claro que también es importante recalcar que aquí no existió la oportunidad de tener una entrevista personal con cada una de ellas, por su labor y ya que deben cumplir horarios rotativos se aprovechó una de las reuniones semanales que suelen donde se les indicó rápidamente que se tuvo autorización para aplicar unas encuestas y que les llevará de 20 a 25 minutos aproximadamente, por lo cual se procedió a explicarles algunos términos y por el tiempo se las llevaron y así las entregarían posteriormente llenas.

Esta explicación se la coloca como antecedente ya que al no poder estar presentes al momento de la aplicación del test no se tuvo claro si las preguntas fueron entendidas por los encuestados, si las respuestas fueron sinceras o las colocaron solo por cumplir con lo solicitado, o incluso si fueron respondidas por ellos mismos, lo cual sesga un poco los resultados pero en todo caso aquí se tuvo lo que se solicitó para los médicos que todos fueran de la misma área con la misma labor para así poder determinar si hay alguna variable específica que pudiera decir de la aparición del síndrome.

#### **6.5. IDENTIFICAR LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMO FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME**

La edad de las personas encuestadas va desde los 24 hasta los 54 años, de los cuales predomina el sexo femenino con un 73% sobre un 27% de sexo masculino, cuando se piensa en esta profesión es muy fácil que venga a la mente la imagen de una mujer pero al haber hombres ejerciéndola, cambia esa idea y hace pensar al mismo tiempo que lo duro de la profesión sería más manejable por este género, sin embargo, ninguno de ellos presentó el síndrome, por lo cual el género no es una variable determinante

en este estudio, todos ellos desempeñan sus labores dentro de la zona urbana, la etnia es variada tenemos 79% de mestizos, un 7% de blancos y 14% de afro-ecuatorianos, el estado civil que predomina es el soltero aunque encontramos también personas casadas, de los cuales un 13% viven solos, pero esto tampoco determina que por ese motivo presenten el síndrome, la remuneración que perciben lo hacen en forma quincenal o mensual con valores que van de 0 a 1000 usd y de 1000 a 2000 usd en su mayoría, lo cual habla de un estilo de vida normal acorde a la situación económica del país, es decir que tampoco es esta variable causante del síndrome, aunque si encontramos personas que están insatisfechas con su condición económica. Por la naturaleza de la función que desempeñan deben cumplir con horarios rotativos y con turnos nocturnos lo que haría pensar que como resta tiempo familiar y de otro tipo de actividades personales podría ser una de las variables más influyentes en la aparición del síndrome, así como el tipo de pacientes críticos que atienden y el cuidado que estos requieren, ya que ellos/as deben pasar prácticamente todo su turno de trabajo atentos a las necesidades de los pacientes que se encuentran asilados en su área lo cual les lleva más del 75% de su tiempo, muchos de los cuales han fallecido incluso por la gravedad de la enfermedad, sin embargo tampoco es una variable determinante, un detalle que podemos observar es que el 26% de ellos algún momento han tenido que ausentarse de sus labores y de ello en un 75% por problemas de salud, lo cual también rechaza la hipótesis de que la labor que desempeñan puede afectarles en la salud y así ser más propensos al síndrome.

El lugar donde desempeñan sus labores les brinda todas las facilidades e instrumentos que requieren para un buen desenvolvimiento en él; las puntuaciones grupales más altas son sobre la satisfacción que les da el sentirse valorados por sus pacientes, por los familiares de ellos, por sus colegas y jefes, y sobre todo que están totalmente satisfechos con la labor que realizan, aunque hay un porcentaje de 26% que dicen estar inconformes con su situación económica, que es el mismo 26% que presentan la suma de baja y media realización personal, hay un bajo agotamiento emocional de un 20% de los encuestados y un 7% de despersonalización, pero en la misma manera no determinan que tengan el síndrome.

Los síntomas somáticos propios de la profesión los presentan un 13% de la población y un 20% presenta ansiedad, pero ninguno de ellos padece depresión o disfunciones sociales.

#### **6.6. CONOCER LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO ANTE SITUACIONES ADVERSAS EN ACTIVIDADES PROFESIONALES**

De las formas de afrontamiento destaca el afrontamiento activo que son las maneras que el individuo ha inventado para sobrellevar el estrés que le provocaría su profesión, puede ser incluso un método adquirido como parte del aprendizaje de su profesión ya que es lo que más destaca, y va de la mano de la aceptación de su realidad, también tenemos en un menor porcentaje el uso del apoyo emocional, el apoyo instrumental, la planificación, el replanteamiento positivo, y hay una baja puntuación en el uso de sustancias lo que es bueno, aunque tampoco es muy alto el puntaje sobre el humor, lo cual es entendible ya que el trabajo que realizan es sin previa cita y la mayoría de veces con la presión de tener que dar una respuesta a un dolor o queja del paciente.

A pesar de desarrollar un trabajo en turnos rotativos con pacientes de estado crítico y sacrificando su tiempo de familia no tenemos la presencia del síndrome en ninguna de las personas que fueron encuestadas, si bien aquí existen personas que realizan el mismo trabajo muchas veces con los mismos pacientes, podemos determinar que no hay una variable específica que pudiera indicarnos que es la causante del síndrome, se podría pensar que las noches sin dormir afectarían la salud pero se pudo notar que hay una alta respuesta en cuanto al afrontamiento, por lo cual no es el género, la edad, la etnia, quienes determinan que tengan o no Burnout, aquí va a depender mucho la personalidad y la tendencia que pueda tener a ellos.

#### **6.7. IDENTIFICAR EL APOYO SOCIAL, PROCEDENTE DE LA RED SOCIAL INDIVIDUAL**

Destaca el amor y cariño, el apoyo emocional y el apoyo de las redes sociales aunque recordemos que hay un 13% de personas que viven solas, es decir, a pesar de ello no descuidan sus sentimientos de apego hacia otras personas.

## **6.8. IDENTIFICAR LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PROFESIONALES QUE SEAN IDENTIFICADOS CON EL SÍNDROME BURNOUT**

Respecto a la personalidad de los encuestados, se puede indicar que hay un bajo nivel general de psicotismo y neuroticismo, un puntaje alto de extraversión, pero nuevamente bajo nivel de sinceridad, y dado que para el estudio tampoco ninguno presenta el síndrome no se pudo determinar que rasgo de la personalidad es el que prevalece para la presencia del Burnout, pero hay que tener en cuenta que esta investigación se pudo haber sesgado en los resultados ya que como se mencionó no hay certeza acerca de la veracidad de las respuestas sea por falta de colaboración o por el no entendimiento de la pregunta.

Los datos obtenidos de esta investigación distan mucho de un estudio similar realizado al personal de enfermería del centro de cuidados paliativos del País Vasco, donde participaron 105 enfermeras y de ellas 64 eran de esta área, los resultados fueron similares 58% de otra área vs 62% de cuidados paliativos con agotamiento emocional, 66% vs 59% de despersonalización y un 66% vs. 70% con baja realización personal, de lo cual se desprende que una de cada tres enfermeras tiene un bajo nivel, otra posee Burnout y la otra está muy quemada por su trabajo, considerando que el trabajo en cuidados paliativos se ha considerado tradicionalmente como una fuente potencial de Burnout por sus características por tanto el principal generador del estrés profesional, pero al haber utilizado un grupo control no se encontró una gran diferencia, lo que indica que no es el área la que determina el síndrome (Martínez García, Centeno Cortés, Sanz-Rubiales, & Del Valle, 2009).

Otro estudio realizado a enfermeras del área de cuidados intensivos del hospital de Alicante nos arroja como resultados que se aplicó a 107 personas de los cuales 83 fueron cuestionarios válidos y de ellos un 80,7% son mujeres y 19,3% son varones, siendo fijos en sus labores un 50,6% y eventuales el restante 40,4%, La situación laboral de las personas encuestadas, muestra una diferencia significativa en la dimensión del cansancio emocional en la que los trabajadores fijos tienen una media de

16,79. El horario de trabajo también muestra diferencias significativas en la despersonalización, donde los turnos nocturnos y extras puntúan más alto que los turnos de la mañana o el que lo hace de corrido, de la misma manera puntúan más alto quienes piensan que atienden una cantidad excesiva de pacientes, y para la variable de la edad si se ve afectada ya que los que tienen más de 44 años son los que obtuvieron el puntaje más alto, y así mismo quienes tienen más años de servicio es decir sobre los 15 obtienen puntajes más elevados (Solano Ruiz, Hernández Vidal, Vizcaya Moreno, & Reig Ferrer, 2011).

Al comparar los resultados obtenidos en estudios similares con la investigación realizada se determinó que no hay relación con ellos, ya que las respuestas obtenidas, no tienen toda la sinceridad del caso, así lo demuestra el test de personalidad pero tienen mucho sentido en base a que los años de trabajo van deteriorando la calidad del trabajo que se ofrece a los pacientes; una variable que es muy interesante es aquella encontrada en el hospital del País Vasco donde no tiene mayor influencia que sea el área de cuidados paliativos que el área normal de enfermería es decir es la función la que desgasta al profesional, descartando aquí el género, pero si aparece como variable la edad en Alicante, nosotros al no tener un contacto directo con los encuestados al momento de aplicar las encuestas no podríamos determinar si hubo preocupación en alguna de las respuestas y tal vez lo que se hizo al no comprender es simplemente responder por llenar el papel y mas no por dar una respuesta acorde a la realidad, otro detalle importante que podría sesgar estos resultados es que fue solicitado directamente desde el jefe del área en una reunión donde conscientes del poco tiempo que disponían ese momento se les pidió la traigan llena la siguiente reunión y quizá eso forzó un poco las respuestas para tratar de mostrar un lado positivo, pensando en las consecuencias de una respuesta honesta.

Se pudo concluir entonces que si bien es cierto que la edad y los años de trabajo son más propensos a la obtención del síndrome en esta rama de la medicina es por la cantidad de horas que se dedica al trabajo, de esta forma quien no presenta el síntoma tiene muchas probabilidades de estar

en el límite de ello, para lo cual es importante determinar que genera esa situación estresora o molesta y así aplicar los métodos de tratamiento efectivo ya que las obligaciones que exige un trabajo de esta naturaleza son muchas sobre todo porque hay vidas que están en juego si no se les llega a dar una respuesta oportuna y empática.



## **7. CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

- Se determinó que en los médicos de la clínica Emediccenter no hay síntomas de presencia del Síndrome Burnout, dentro de las variables que podrían afectar encontramos que hay personas que están al límite en cuanto a la presencia de la sintomatología pero son casos muy específicos que presentan dolores de cabeza e incluso ansiedad, pero controlan muy bien su estilo de vida manejando esos estresores del trabajo con actividades que alivianan esa carga horaria y de trabajo que en muchos casos tienen.
- De la misma manera el personal de enfermería del área de cuidados intensivos del Hospital Metropolitano que fue encuestado no presenta síntomas que determinen el síndrome, y en la misma forma que con los médicos encontramos puntuaciones altas en cuanto a que se sientan inconformes con la labor que realizan, y con la remuneración que reciben sin embargo están conformes con el estilo de vida que tienen y sobre todo es muy importante que están acoplados a la naturaleza de su trabajo es decir turnos rotativos que influyen directamente en el tiempo libre que podrían tener con sus familias.
- Se obtuvo como resultados que el estado de salud mental tanto de médicos como de enfermeras esta dentro de los límites normales en cuanto al neuroticismo y psicotismo, y califican alta extroversión, pero en la misma forma el grado de sinceridad del test es bajo tanto para doctores como para enfermeras, lo cual sesga un tanto los resultados obtenidos ya que tal vez el temor que una respuesta pudiera afectar su actual situación laboral pudo cambiar los resultados esperados de la investigación.
- Los apoyos demostrados a través de las redes sociales y demás grupos de apego que pudieran ayudar a llevar de mejor manera las funciones que por la profesión elegida deben cumplir están muy bien utilizados al punto que pareciera que esta advertencia sobre los sacrificios en cuanto al tiempo familiar la tuviesen desde su formación ya que es general la respuesta favorable tanto en médicos como en enfermeras. Aquí vale aclarar que siempre van a tener como estresor básico la función que desempeñan, sin embargo ninguno de ellos ha desistido de su profesión por haberse equivocado en alguna ocasión, y esto aunque no fue una pregunta que esté plasmada en los test si lo pudimos averiguar con los médicos ya que hubo la oportunidad de conversar mientras

se aplicaban los test y se pudo determinar que si ha habido personas que han salido de la clínica y de la profesión incluso porque no han sabido sobrellevar el cometer una equivocación respecto a algún paciente.

- En vista que ninguno de los médicos ni enfermeras presentó el síndrome podríamos decir que como grupos (tanto médicos como enfermeros), están preparados para los sacrificios propios de su trabajo, pero no pudimos determinar si alguno de ellos tiene algún rasgo que lo haga más propenso al síndrome, ya que los resultados nos indican que podría haber límites en algunas variables que al final no son determinantes.

## RECOMENDACIONES

- Es claro que si los dos grupos obtienen bajos niveles en la variable de sinceridad, no se podría asegurar que estos resultados son reales, al contrario dejan abierta una brecha entre lo obtenido como puntuación y lo conversado personalmente con ellos, ya que esa entrevista permitió tener una idea de cómo es el trabajo de cada uno y como tratan a sus pacientes; es importante considerar que al ser una investigación donde se preguntan cosas personales no siempre el encuestado va a responder con la verdad, ya que podrían dudar del destino de sus respuestas y de cómo les podría afectar profesionalmente.
- Se considera importante que para futuras investigaciones se aplique a una rama específica de la medicina, de tal forma que sepamos que tenemos una variable que es fija y que ahí si podríamos determinar por ejemplo si los años de trabajo se han vuelto experiencia o Burnout, nosotros no pudimos aplicarlo en la rama médica en esta forma ya que la clínica es mas de consulta externa con pocos casos de hospitalización, y tiene diversos especialistas, pero en el caso de las enfermeras si bien todas son de la misma área, no tuvimos la oportunidad de tener una entrevista personal con ellas ya que por sus turnos y obligaciones personales no podían realizar la encuesta ese momento y lo que se acordó fue que la lean en su casa y la traigan después, de hecho recibimos tres negativas en tres instituciones distintas por ese motivo.
- Esto último se podría mejorar si la Universidad de antemano llega a algún tipo de convenio con alguna institución pública o privada para poder aplicar directamente los test y que la división de los estudiantes se haga por especialidades, y luego una discusión del tema abiertamente, ya que al ser una encuesta personal no obligatoria siempre estaremos expuestos a no recibir una respuesta sincera, y si se tratara de un convenio directo entre instituciones las personas deberían colaborar optimizando de esta manera el tiempo de todos.
- Se recomienda en base a todo lo anterior que dado lo interesante y delicado del tema se pueda hacer una investigación donde se obtengan resultados fidedignos, contando con el compromiso de los encuestados sabiendo que sus respuestas serán utilizadas en su beneficio y el de sus pacientes y mas no como motivo de despido o amonestaciones, ya que esto fue un sesgo importante en este trabajo, ya que si bien se pidió aprobación al director no

obtuvimos respuestas sinceras, por lo cual creemos que si hay un compromiso de parte de la institución donde se estimule al médico o enfermera a llenar la encuesta con respuestas reales de la misma manera se le de la seguridad que no se verá afectada su situación laboral por ello, quizá con un detector de mentiras y un compromiso firmado.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, F. J. (2009). Ergonomía Y Psicología Aplicada: Manual Para La Formación Del Especialista. Lex Nova.
- Bermejo, J. C., Díaz- Albo, E., & Sánchez, E.-J. (2011). Manual Básico Para La Atención Integral En Cuidados Paliativos. Madrid: Caritas Española.
- Bosqued, M. (2008). Quemados: El Síndrome Del Burnout: ¿Qué Es Y Cómo Superarlo? Barcelona: Paidós Iberica.
- Gálvez Herrer, M., Moreno Jiménez, B., & Mingote Adán, J. C. (2009). El Desgaste Profesional Del Médico: Revisión Y Guía De Buenas Prácticas. Madrid: Díaz De Santos.
- Gamarra, M. M. (2005). Consideraciones Éticas sobre el Burnout. Zaragoza: Egido. Gil-Monte, P. (2004 ). El Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (Burnout): Una Enfermedad Laboral En La Sociedad Del Bienestar. Madrid: Pirámide.
- González Barón, M., Lacasta Reverte, M. A., & Ordóñez Gallego, A. (2008). El Síndrome De Agotamiento Profesional En Oncología. Editorial Médica Panamericana.
- Martínez García, M., Centeno Cortés, C., Sanz-Rubiales, A., & Del Valle, M. L. (2009). Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Revista Médica de Universidad de Navarra*, 3-8.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

- Peiró, J. M. (2005). *Desencadenantes Del Estrés Laboral*. Ediciones Pirámide.
- Pérez, A. M. (2010). *El Síndrome De Burnout. Evolución Conceptual Y Estadoactual De La Cuestión*. Vivat Academia.
- Quesada, R. P. (2004). *Educacion Para La Salud: Reto De Nuestro Tiempo*. Madrid: Diaz De Santos.
- Santes, M. d., Meléndez, S., Martínez, N., Ramos, I., Preciado, M. d., & Pando, M. (2009). La salud mental y predisposición a síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. *Revista Chilena de Salud Pública*, 23-29.
- V.v.a.a. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos*. Madrid: Arán.
- Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. E. (Enero de 2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502010000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502010000100006&script=sci_arttext)
- *Hun Vásquez, M., (2011). Congreso semesandalucia2011*. Recuperado El Mayo De 2012, De <Http://Congreso semesandalucia2011.Com/Analisis-De-Las-VARIABLES-Sociodemograficas-En-Relacion-Con-El-Sindrome-Burnout-En-Medicos-Del-Servicio-De-Urgencias-Del-Hospital-De-Baza-2>
- Popp, M. S. (2008). *Estudio Preliminar sobre el Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva (UTI)*. Buenos Aires: Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Obtenido de

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=1802510>  
1

- Solano Ruiz, M. C., Hernández Vidal, P., Vizcaya Moreno, M. F., & Reig Ferrer, A. (11 de 03 de 2011). *Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos*. Obtenido de Academia.edu:  
[http://alicante.academia.edu/MFloresVizcaya/Papers/458229/Sindrome de Burnout en profesionales de enfermeria de cuidados criticos Burnouts syndrome in critical care nursing professionals](http://alicante.academia.edu/MFloresVizcaya/Papers/458229/Sindrome_de_Burnout_en_profesionales_de_enfermeria_de_cuidados_criticos_Burnouts_syndrome_in_critical_care_nursing_professionals)
- Trejo-Lucero, H., Torres-Pérez, J., & Valdivia-Chávez, M. (Enero - Abril de 2011). [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi111i.pdf>



## 9. ANEXOS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

Loja, 26 de noviembre de 2011

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

De mi consideración:

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

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

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

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

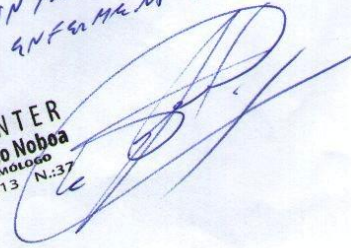
Seguro de contar con la favorable atención al presente, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

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



10-AUG-2012  
ACORDADO  
- UN MEDICO Y UNA  
ENFERMERA POR DIA

  
**EMEDICENTER**  
**Dr. Pablo Serrano Noboa**  
CIRUJANO OFTALMOLOGO  
M.S.P. L-1 F:13 N:37



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

Loja, 26 de noviembre de 2011

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

De mi consideración:

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

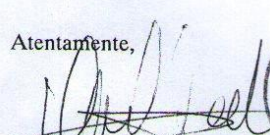
Es importante en el momento actual, promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida, política que también es prioridad del actual gobierno del Ecuador, por ello, participó que en el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional, se lleva a cabo el proyecto de investigación: "Identificación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

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

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

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

Atentamente,

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



Autorizado  
26-03-2012

  
**Dr. Marcelo Moreno C.**  
ESPECIALISTA MEDICINA CRITICA  
Libro 1 "0" Folio 2 No. 26  
INHMT 170800168

## ANEXO Nro. 2



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

#### Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

#### Datos Personales

Género Masculino  Femenino

Edad \_\_\_\_ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana  Rural

Etnia Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena

Estado Civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_

Vive solo  Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

#### Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: \_\_\_\_\_

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Diariamente \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Semanalmente \_\_\_\_\_

Trabaja usted en turno rotativo: SI  No

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

Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  Todos los anteriores   
 En el caso de realizar guardia indique el número de horas: \_\_\_\_\_ y cada cuantos días:  
 \_\_\_\_\_

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

Ninguno  25 %  25-50%  50-75%  75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: \_\_\_\_\_

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

Oncológicos  Psiquiátricos  Alergias reñes  Quirúrgicos  Cardiac

Neurológicos  Diabéticos  Emergencias  Cuidados intensivos  Otros

indique \_\_\_\_\_ Todos los anteriores

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

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

NO  SI  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente  Medianamente  Poco  Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

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

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como "nada",

2 "poco", 3 "bastante" y 4 "totalmente valorado", de acuerdo a los enunciados que se presentan:

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

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

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

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

## ANEXO 2.1

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

#### CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 2

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

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

<p><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></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><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></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><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></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><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></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><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></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><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></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><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></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><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></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><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></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><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></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><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></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><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></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><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></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><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></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><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></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><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></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><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></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><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></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><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></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><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></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><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</b></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><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></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><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></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><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></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><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></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><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></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><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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



**Anexo 2.3.**  
**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

**Cuestionario BRIEF-COPE**

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

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

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

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

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

**CUESTIONARIO DE AS**

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

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

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

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

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

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

**Anexo 2.5.**  
**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO EPQR-A**

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

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

---

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