



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital de Solca Guayaquil”

Trabajo de fin de titulación

AUTORA:

Hamilton Hidalgo, Paulette Priscila

DIRECTORA:

Costa Aguirre, Alicia Dolores, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2012

CERTIFICACIÓN

Mg. Alicia Costa

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.

.....

Loja, agosto del 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Paulette Priscilla Hamilton Hidalgo, declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Paulette Priscilla Hamilton Hidalgo

CI. 0102332442

AUTORÍA

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

.....

Paulette Priscilla Hamilton Hidalgo

CI. 0102332442

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que directa e indirectamente participaron en la culminación de esta tesis. A mi tutora, la doctora Alicia Costa, por su paciencia y apoyo en la dirección de este trabajo. A mis compañeros de carrera, por el ánimo para culminar esta tesis. A mis padres, por su eterna confianza en mi y a mi familia, por soportar mis ausencias y estar siempre a mi lado brindándome su amor y cariño en todo momento. A todos, gracias.

Paulette Hamilton H

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada Dios y a mi preciosa familia. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso, dándome la fortaleza para continuar, y a mi familia por el apoyo incondicional que me ha proporcionado a lo largo de toda mi carrera

INDICE

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS	iii
AUTORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO	4
CAPÍTULO 1.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	4
A. Definiciones del Burnout	4
B. Modelos explicativos del burnout	5
C. Delimitación histórica del síndrome de burnout	7
D. Poblaciones propensas al burnout	8
E. Fases de desarrollo del síndrome de burnout	9
F. Característica, causas y consecuencias del burnout	11
J. Prevención y tratamiento	14
CAPÍTULO 1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
A. BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES	15
Variables de riesgo y protectoras	15
Motivación y satisfacción laboral	17
Investigaciones realizadas	18
B. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD	20

Definiciones de salud	20
Síntomas somáticos	20
C. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO	21
Definición de afrontamiento	21
Teorías de afrontamiento	21
Estrategias de afrontamiento	21
Investigaciones realizadas	24
D. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL	26
Definición de apoyo social	26
Modelos explicativos del apoyo social	28
Apoyo social percibido	29
Apoyo social estructural	29
Investigaciones realizadas	29
E. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD	30
Definición de personalidad	30
Tipos de personalidad	30
Patrones de conducta	31
Locus de control	32
Investigaciones realizadas	33
4. METODOLOGÍA	34
5. RESULTADOS OBTENIDOS	42
6. DISCUSIÓN	118
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	124
8. BIBLIOGRAFÍA	126
9. ANEXOS	128

1. RESUMEN

Este presente trabajo, tiene como propósito general la identificación de Burnout en profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno . Este estudio se lo realizó en la ciudad de Guayaquil con profesionales del Hospital de Solca.

Participaron médicos y enfermeros/as, que están en permanente contacto con pacientes oncológicos y en riesgo de muerte.

Este síndrome se caracteriza sobre todo por presentar síntomas de depresión, despersonalización, baja realización personal y un sentimiento de no sentirse útil en el trabajo..

Las herramientas utilizadas fueron: Cuestionario de Burnout, Cuestionario de Salud General, Cuestionario de afrontamiento, Cuestionario de Apoyo Social y Cuestionario.

Se encontró que del índice de Burnout es cero y que aspectos inhibidores del síndrome están presentes en casi todos los aspectos de los evaluados, llegándose a la conclusión de que es importantísimo contar con condiciones sociodemográficas, de apoyo, afrontamiento efectivo y características de personalidad que ayuden a prevenir su aparición, pues, aunque todos los profesionales estaban expuestos a altos factores de estrés, el síndrome no se evidencia en ninguno de ellos.

2. INTRODUCCIÓN

Existen estudios a nivel mundial sobre el síndrome de Burnout, el cual causa cada año miles de casos de deserción laboral. En Estados Unidos, se estima que el costo del estrés laboral es de ciento cincuenta billones de dólares al año (Wright y Sime, 1996).

En el Ecuador no existen aún estudios amplios sobre este tema, razón por la cual, la Universidad Técnica Particular de Loja, lo propuso para ser desarrollado por los estudiantes de Psicología que buscan obtener su título universitario. Esta iniciativa de la institución educativa, será un importante aporte para la sociedad y sobre todo para el área laboral.

Este trabajo de investigación tiene mucha importancia, ya que, una vez conocido el índice de burnout en un grupo de profesionales de la salud, se podrá identificar con más claridad, cuáles son los factores causales más relevantes en nuestro medio y nos permitirá realizar sugerencias y recomendaciones a las instituciones de salud sobre medidas de prevención y tratamiento del síndrome, con lo cual quedaría en parte justificada la realización de esta investigación. Es un estudio de naturaleza experimental que pretende contribuir, con la obtención de los resultados, a la prevención de este mal que está invadiendo cada vez más los centros hospitalarios, con las terribles consecuencias tanto para el profesional, la institución como para el paciente.

El burnout aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento y que suponen una sensación de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con pacientes, así como baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. El individuo desarrolla nuevas formas de afrontamiento y si persiste el estresor, este estrés laboral tendrá consecuencias nocivas a nivel personal, social y laboral. (Gil-Monte y Peiró; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998).

El objetivo de esta investigación es en primer lugar, identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador. Otros objetivos son el determinar el estado de salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias; identificar el apoyo social procedente de la red social; conocer los modos de afrontamiento utilizados por los profesionales ante situaciones adversas e identificar rasgos de personalidad que estén relacionados con

el burnout. Esta investigación fue realizada únicamente con médicos oncólogos y enfermeras/os que laboran en el hospital de Solca de la ciudad de Guayaquil, por medio de la aplicación de cuestionarios que nos ayudaron a identificar la presencia de burnout en los profesionales, así como otros aspectos muy importantes relacionados al síndrome.

Los resultados que se obtuvieron fueron alentadores en cierta manera ya que su incidencia es negativa, el nivel de apoyo social recibido por la mayoría de las personas evaluadas fue bueno. Los modos de afrontamiento utilizados son efectivos en el manejo del estrés laboral y poseen rasgos de personalidad que logran bloquear la aparición del burnout, pese a ciertas condiciones que provocan mucho estrés como el estar expuestos a pacientes en peligro de muerte, turnos de trabajo con una carga horaria muy alta, remuneraciones no muy altas, etc., pero pese a ello, es una población en general mentalmente sana, salvo con ciertos casos con un elevado nivel de neuroticismo y psicoticismo así como síntomas de depresión que podrían considerarse en riesgo de padecer Burnout y para quienes se recomienda un seguimiento con el fin de evitar que se desarrolle la enfermedad.

En general, la conclusión a la que se llegó fue de que en el país la incidencia es casi nula pero que se tiene que trabajar con las instituciones de salud en programas informativos y de prevención de esta enfermedad que ya está causando estragos en otros países y que representa miles de dólares al año en el campo laboral.

Actualmente en nuestro país, por no existir este tipo de estudios y de información al respecto, es poco o nada lo que se hace para prevenir o tratar de identificar esta clase de problemática, que está presente, pero a la cual no se le ha dado la importancia que merece. Que nuestra contribución con esta investigación, sirva para marcar un comienzo en el campo de la salud ocupacional que tan en boga está en la actualidad y que inclusive es un derecho ciudadano que todos debemos exigir.

3. MARCO TEÓRICO

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

A.- DEFINICIONES DEL BURNOUT

El burnout es un síndrome que ha sido estudiado desde hace algunos años por varios científicos y profesionales de la salud, los cuales le han dado distintas definiciones tomando en cuenta varios aspectos que presenta el síndrome.

Freudenberg definió este fenómeno como “una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual” (Fidalgo Manuel, 2011).

El Burnout se puede definir como” una respuesta al estrés laboral crónico integrada por sentimientos y actitudes negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado” (Fidalgo et .al.,2011)

Según Farber, (1983) “El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima”(p. 23).

De acuerdo a Gil-Monte y Peiró (1997), el síndrome de Burnout es “una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales”. Actualmente este síndrome se define como un agotamiento emocional, baja realización personal y alta despersonalización.

El agotamiento emocional, se refiere a disminución y pérdida de los recursos emocionales; la despersonalización, consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia las personas a quienes presta servicio y la falta de realización personal se relaciona con la tendencia a evaluar su trabajo de una manera negativa que evidencia una baja autoestima. (Fidalgo. *et.al*).

Este síndrome estaría dado exclusivamente en profesionales de servicios (Maslach & Jackson, 1981) y debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele utilizar el profesional. Cuando aparece un estresor o situación estresante, se deben utilizar estrategias neutralizadoras, para que el individuo deje de percibirlo como tal, caso contrario, provocara en primera instancia el fracaso profesional y el consecuente fracaso en las relaciones interpersonales de toda índole. Esto a su vez ocasiona los sentimientos antes mencionados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, lo que da como resultado la aparición del Burnout.

Todas estas definiciones, describen el burnout como un conjunto de síntomas que aparecen como producto del estrés laboral, y que incluyen aspectos como sentimientos de poca valía, ineficiencia, baja autoestima y un modo de afrontar los problemas poco adecuado, lo que se traduce en un síndrome que tiene serias consecuencias tanto en la vida personal, social y laboral del individuo. Si se mantienen en el tiempo los estresores y no se resuelve la situación, aparecerían consecuencias negativas para el individuo y la organización (Gil-Monte & Peiró, 1997).

B.- MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Como se ha visto, existen muchas teorías sobre la etiología, el origen, variables antecedentes y consecuentes y factores implicados. Esto ha dado lugar a que surjan muchos modelos explicativos.

Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Los cuales categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural.

1) Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

En estos modelos las causas más importantes son:

- a) Las cogniciones, las cuales influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez, estas se modifican de acuerdo a los efectos observados.
- b) La autoconfianza del sujeto, que en este caso se refleja en el empeño del individuo en conseguir sus objetivos y lo que esto significa en el campo emocional.

Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, auto concepto, etc. entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

2) Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se

pone en marcha el proceso de comparación social. De acuerdo a estos modelos una persona que se relaciona con su entorno, está constantemente realizando comparaciones de sí mismo con los demás, lo que puede generar percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo cual aumenta el riesgo de padecer Burnout.

Los modelos que siguen esta línea de son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

3) Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Estos modelos se basan en la función de los estresores en el campo organizacional y las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, variables como: funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura de la organización, el clima laboral y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome.

Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la Institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el Burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

En este grupo se encuentran: Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988), Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993), modelo de Winnubst (1993).

4) Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se basan

en modelos transaccionales, los cuales plantean que el estrés es consecuencia de una desequilibrada percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

4.1) Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.).(Gil-Monte y Peiró, 1997).

C.- DELIMITACION HISTORICA DEL SINDROME DEL BURNOUT

Existen varias apreciaciones distintas de cuando se empezó a hablar de Burnout y a conocer sobre este síndrome. Unos autores sostienen que empezó a ser detectado a mediados de la década de los años 70 en psicólogos y psiquiatras, y posteriormente, en individuos que por su profesión u oficio deben tener trato con otras personas, como médicos, enfermeras, profesores, trabajadoras sociales, bomberos, policías e incluso sacerdotes y personas que cuidan a un familiar con alguna enfermedad como Alzheimer.

Herbert Freudenberg (EEUU) describió por primera vez en 1974 este síndrome. Observó un conjunto de síntomas que presentaban los trabajadores que había contratado para trabajar con personas tóxico dependientes, estos presentaban un proceso de deterioro, estaban desmotivados y con síntomas de depresión agotamiento y ansiedad, debido a la exigencia que demandaban los pacientes a los que atendían. (Morianana & Herruzo, 2004; Gil-Monte, 2002a; Ordenes,2004).

Otros autores afirman que el primero en usar este término fue Graham Greenen una publicación en 1961, (A burnout case) en la que cuenta la historia de un profesional exitoso que de pronto decide retirarse y refugiarse en la selva africana y a que se sentía muy infeliz y espiritualmente decaído. En 1901 Thomas Mann, en su novela The Bundensbrooks, se refiere también a este término o concepto. Luego en 1976, Cristina Maslach dio a conocer la palabra Burnout de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, al referirse a trabajadores que después de un tiempo de trabajar con personas, se quemaban.

El concepto de Burnout de las investigadoras estadounidenses de Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en 1981, luego de varios años de estudios empíricos, quienes lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia”. Más adelante, en 1982 se crea el Inventario de Burnout de Maslach (Gil-Monte, 2005).

Según Moriana y Herruzo (2004), el término burnout ha sido delimitado y aceptado por la comunidad científica casi en su totalidad desde la conceptualización establecida por Maslach en 1982, donde se define como una respuesta de estrés crónico a partir de tres factores: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Estos tres factores se miden a través del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). (Gil-Monte, 2005).

D.- POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT

Este síndrome ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización (Fidalgo, 2011).

El síndrome burnout lo presentan, especialmente, las personas altamente calificadas y comprometidas, en la que los intereses profesionales predominan sobre los intereses personales.

Existen estudios españoles centrados en profesiones como administrativos y auxiliares administrativas, deportistas, docentes, monitores de educación especial, trabajadores de centros ocupacionales y sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios, la mayoría de investigaciones hace referencia a las profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental y psicólogos y por último, las profesionales de enfermería que por sus características organizacionales y laborales han recibido una mayor atención por parte de los investigadores. (Ortega Ruiz y López Ríos. Burnout en profesionales sanitarios, 2005)

Pese a ello, la mayoría de estudios se han enfocado en médicos y enfermeras de la salud, ya que de acuerdo a estudios realizados, son el grupo de profesionales más propensos a desarrollar el síndrome de Burnout, debido a la naturaleza de su trabajo y al estrés profesional que implica.

Las mujeres, en su mayoría, son las que presentan este síndrome con mayor frecuencia, esto puede deberse a factores culturales y educativos. Los estudiantes están convirtiéndose en una población que empieza a presentar el síndrome de burnout.

E.- FASES Y DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT

Se pueden definir de una forma didáctica varias etapas que van afectando al trabajador expuesto a los estresores y que provocan la aparición del síndrome. El siguiente es el modelo de Edelwich y Brodsky. (Edelwich y Brodsky ,1980).

1.- ETAPA DE ENTUSIASMO

En la que el nuevo empleado que se integra a un puesto, está lleno de motivaciones, expectativas positivas, entusiasmo y energía. El empleado dedica gran esfuerzo y tiempo al trabajo e inclusive le dedica más tiempo de lo habitual.

2.- ETAPA DE PARALIZACIÓN

En la que se empieza a sentir la falta de reciprocidad en cuanto a compensaciones por el trabajo realizado. Puede aparecer un desequilibrio entre las demandas y los recursos de que dispone, por lo que el trabajador se siente incapaz de resolver los problemas laborales de una manera adecuada. El individuo se va dando cuenta de sus expectativas no se cumplen y de que no existe relación entre el esfuerzo y la recompensa que recibe. Se produce un estrés psicosocial por el desequilibrio entre las demandas y los recursos que aparecen y ante los cuales se siente incapaz de responder eficazmente

3.- ETAPA DE FRUSTRACIÓN

En la que frente a la sobrecarga y falta de recursos para desarrollar correctamente su trabajo, el trabajador se desmoraliza y empieza a sentirse impotente frente a esa situación. Es aquí cuando se produce una afectación emocional y fisiológica, productos del estrés. Para el empleado, pierde sentido la función que desempeña y empieza a vivir conflictos interpersonales, alteraciones de humor y otros síntomas.

4.- ETAPA DE INDOLENCIA

En la que el trabajador afectado asume un comportamiento defensivo frente a los estresores. En este punto, ya se ve afectada su capacidad afectiva y empieza a tratar a sus usuarios con frialdad y de forma mecánica y distante, como una manera de preservar su salud y evitar sentirse aún mas afectado. Se vuelve una situación insostenible en la que son cada vez mas frecuentes los mecanismos de defensa.

5.-ETAPA DE QUEMADO

En la que el trabajador ya presenta un trastorno emocional y cognitivo con importantes consecuencias para su salud. Una vez que se llega a esta etapa, si se continúa expuesto a los agentes estresores y si no se interviene adecuadamente, es posible que este abandone su trabajo o se mantenga en un estado de frustración e insatisfacción profesional. (Fidalgo, et al. 2011)

De ahí la importancia de detectarlo y tratarlo a tiempo ya que si no se corrige la situación, el trabajador puede sufrir daños importantes inclusive en su salud.

Un aspecto a tomar en cuenta es que la evolución por todas estas fases, tiene carácter cíclico, de forma que se puede repetir en el mismo trabajo o en otros. Por ello es importante la prevención o un diagnóstico temprano del síndrome para tomar medidas correctivas para el mismo. (Edelwich y Brodsky, 1980).

F.- CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

CARACTERÍSTICAS

Dentro de las características de burnout, la principal es el fuerte sentimiento de importancia hacia la tarea y al mismo tiempo presentar impotencia hacia la realización de la misma, ya que desde el momento de levantarse el individuo ya se siente cansado. La situación que se percibe es que el trabajo no tiene fin y a pesar de que se hace todo para cumplir con los compromisos el trabajo nunca se termina, es decir, lo que anteriormente era satisfactorio ahora no lo es.

Otra característica de burnout es la agitación mental, que se refiere a un comportamiento desordenado ante el objetivo de finalizar una labor sea de la manera que sea, este actuar desorganizado refleja la confusión de una persona sometida a tensiones que aunque capaz de resolver, se siente abrumada e ineficaz. (Gil-Monte, 2005)

Una más de las características de burnout se refiere al hecho de que la persona aun cuando tiene tiempo para realizar las tareas, se siente siempre estresado. A diferencia de lo que ocurre con una persona sin burnout, cuando este ya está presente, el trabajo ya no produce incentivos para la persona y ante la mirada de los demás puede aparentar sensibilidad, depresión e insatisfacción.

El síndrome se caracteriza por la presencia de los siguientes síntomas:

- Crisis de ansiedad y angustia.
- Actitud de cansancio, debilidad, fatiga, agotamiento.
- Hipersensibilidad.
- Insomnio.
- Desórdenes metabólicos y desequilibrios en la presión arterial.
- Sentimientos persecutorios.
- Pérdida de concentración en el trabajo.
- Imposibilidad de tener deseos.
- Fijación en la parte oscura y conflictiva de la vida.
- Depresión.
- Falta de realización personal, autoevaluación negativa, baja autoestima.
- Manifestación física del estrés (dolores de espalda, malestar general, etc.)
- Disminución del rendimiento laboral. (Neustrom John, 2007)

CAUSAS

El Burnout suele deberse a un proceso duradero e intenso de estrés, donde factores como la naturaleza de la tarea, los valores de la empresa, las relaciones interpersonales o las características psicosociales de la persona determinan su definitiva adquisición.

1. La naturaleza de la tarea

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos. (Fidalgo Manuel, 2011)

2. La variable organizacional e institucional

Las variables organizacionales consideradas son: el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad. Cuanto más positivo es el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo

3. La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social)

Las variables interpersonales como amigos, familia y apoyo social juegan un papel muy importante ya que a mayor apoyo social, menor índice de burnout. Los individuos que tienen el apoyo de su familia, realizan actividades familiares, de recreación, etc., son menos propensos a sufrir burnout que los individuos que no cuentan con ese recurso.

4. La variable individual (edad, sexo, personalidad, estado civil)

Con respecto a la edad, se señala que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de burnout es menor. Por lo que se refiere al estado civil, el grupo de casados puede ser propenso a padecer burnout, también los separados y divorciados, en relación a la baja realización personal. La personalidad como se verá más adelante también es un factor que puede causar la aparición de burnout ya que existen tipos de personalidad que son menos resistentes al estrés y la ansiedad. Otras características personales como técnicas de afrontamiento efectivo también influyen en la aparición de este síndrome. Así también se ha visto en cuanto al sexo del individuo, que la mujer suele ser más propensa a desarrollar algún tipo de síntomas que los hombres. (Newstrom, John, 2007).

Otros aspectos que han sido relacionados con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en un servicio donde el impacto emocional es alto. También realizar turnos muy agotadores, en horarios pesados, determinan la aparición de burnout. (Newstrom, John, 2007)

CONSECUENCIAS

Las consecuencias del burnout son muchas y varían de acuerdo al grado de burnout existente. Puede ir desde simples alteraciones somáticas hasta graves alteraciones psicológicas que afectan todos los aspectos de la vida de un individuo.

Las consecuencias de este Síndrome son variadas y puede afectar a distintos niveles:

- Psicosomático. Alteraciones del sueño, agotamiento, dolores de cabeza o musculares, hipertensión arterial, pérdida de peso, crisis de asma y un largo etcétera que puede derivar en infartos y diferentes enfermedades crónicas.
- De conducta. Absentismo laboral, abuso de drogas, conductas violentas, superficialidad en las relaciones con los demás.

- Emocionales. Distanciamiento afectivo, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, desorientación, falta de concentración, sentimientos depresivos.
- En las actitudes. Desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes o pacientes. Hostilidad, suspicacia y poca verbalización.
- En las relaciones sociales. Actitudes negativas hacia la vida en general, aumento de problemas intrafamiliares y en la red social extra laboral debido a la hostilidad, aislamiento, etc.(Fidalgo Manuel, 2011).

G.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL BURNOUT

Dentro de la prevención del Burnout, se debe tomar muy en cuenta el fortalecimiento de ciertos aspectos personales, así como la mejora de la calidad de vida laboral para así prevenir estrés en el trabajo.

Se debe actuar a nivel organizacional, interpersonal e individual, utilizando técnicas efectivas de relacionarse, de solución de conflictos, y cognitivas.

También es importante implementar técnica de autocontrol, autorregulación, habilidades sociales, asertividad, delegación, organización del tiempo, etc. con la finalidad de mantener la motivación en el trabajo.

No se deben olvidar aspectos como la utilización de medios de relajación y la realización de actividades físicas. El ejercicio físico, que puede ser moderado o intenso, es conocido como el ansiolítico natural. Las técnicas de relajación pueden ser utilizadas tanto en el ambiente laboral como en la comodidad del hogar. Gracias a las técnicas cognitivas conductuales se pueden reestructurar situaciones estresantes para poder hacerles frente de una manera óptima. (Mayers D, 2005)

Tratamiento del Burnout

La intervención se debe realizar cuando el síndrome ya hace estragos en la persona. Muchas veces los primeros en darse cuenta de la presencia del burnout son las personas que rodean al afectado, ya que es muy difícil que una persona afectada por este síndrome se dé cuenta de ello, sobre todo cuando ya está muy avanzado. Es bueno en estos momentos que reciba el apoyo de sus compañeros (apoyo social).

Como el burnout afecta a muchas áreas de la vida, se debe utilizar un modelo de intervención de varios componentes integrados de forma que se complementen unos a otros. Las estrategias de intervención orientadas al individuo intentan mejorar las formas de afrontamiento al stress, brindando herramientas como entrenamiento en la solución de problemas, asertividad, optimización de la comunicación, entrenamiento en el manejo de la ira, de sentimientos de culpa. (Fidalgo *et.al* 2011)

El ejercicio físico, el uso del buen humor, las técnicas de relajación también pueden ser excelentes herramientas para combatir este síndrome.

Normalmente se han utilizado intervenciones de tipo cognitivo-conductual como por ejemplo las del afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva y ensayo conductual. Desde la perspectiva cognitiva es esencial hacer frente a las cogniciones erróneas o desadaptativas, como expectativas irreales y falsas esperanzas.(Muchinsky, Paul2002)

1.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

A.- BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

1. Variables de riesgo y protectoras

Se han descrito algunas variables de riesgo en la aparición de este síndrome, pero la perspectiva psicosocial descrita por Maslach y Jackson es la más aceptada por considerar este síndrome como la interacción de variables como el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo, como las más importantes. (Boada, 2004)

Varias investigaciones realizadas en miles de personas durante años, han logrado concluir que las relaciones cercanas con que cuenta una persona, pronostican salud. (Berkman, 1995; Ryff y Singer, 2000).

Las personas solitarias, a menudo son más propensas a tener problemas de salud que las que viven con familiares, ya que presentan más estrés, duermen menos y comenten suicidios con más frecuencia. (Cacciopo y Colaboradores, 2002)

Quiénes tienen pocos vínculos sociales también son más propensos a desarrollar enfermedades psicosociales y de otra índole en comparación con personas que tienen relaciones cercanas con familiares, amigos y miembros de organizaciones cercanas de su comunidad o religiosas.

Otro factor que influye es el estado civil, ya que se ha demostrado que las personas son más felices unidas que separadas. En comparación con los solteros o viudos y sobre todo con los divorciados y separados, la gente casada reporta ser más feliz y más satisfecha con la vida. (Gove y colaboradores, 1990; Inglehart, 1990).

Se ha visto también que las mujeres son más propensas a desarrollar estrés laboral que los hombres y los más jóvenes que los mayores, es decir que la edad también tiene injerencia en la aparición de este tipo de trastorno, tal vez debido al entusiasmo típico de la juventud que empieza su carrera profesional con objetivos muy altos, que al ver en la realidad que no los puede cumplir, desencadena sentimientos de frustración, que acompañados a otros factores como poco reconocimiento, sobrecarga de trabajo, ambiente inseguro, mala remuneración, entre otros, puede desencadenar el desarrollo de Burnout. (Myers, 2005).

En cuanto a variables de riesgo en el ámbito laboral, algunos síntomas psicossomáticos producidos por el burnout, pueden precipitarse (factores externos o extrínsecos) cuando se presentan algunas de las siguientes características o condiciones:

- Que a nivel organizacional no sea posible la toma de decisiones.
- Existencia excesiva de burocratización o complejidad y formalización de la empresa.
- Un ambiente donde no es posible la promoción y se frustren las expectativas de los empleados.
- Trabajos con cambios de turnos laborales y horario de trabajo.
- Empresas que no brinden seguridad y estabilidad laboral.
- Ambiente laboral en que no se permita al empleado controlar las actividades que realiza.
- Ambientes donde no hay retroalimentación de la tarea.
- Empresas que no ofrecen un salario justo.
- Estrategia empresarial de minimización de costos donde se reduce al personal y se amplían las funciones de los trabajadores, además de falta de capacitación del personal.
- Ambiente físico de trabajo con condiciones ambientales poco optimas como ruido, temperaturas extremas, toxicidad de los elementos que se manipulan, etc.
- Ambientes donde las relaciones interpersonales con compañeros, clientes y otros, sean difíciles.
- Ambientes laborales donde no estén claros los roles, originándose conflictos y ambigüedad de rol (desempeñar tareas que no pertenecen al puesto).

- Nuevas tecnologías.
- No adaptación a las demandas del puesto y ritmo del trabajo
- Exigencias de conocimiento demasiado elevadas. Etc.

(Martín, Campos, Jiménez-Beatty & Martínez, 2007; Gil-Monte, 2005; Apiquian, 2007)

2. Motivación y satisfacción laboral

La satisfacción en el trabajo es un conjunto de sentimientos y emociones que tiene el empleado hacia su trabajo y que pueden ser favorables o desfavorables. La satisfacción es una sensación de relativo gusto o disgusto hacia algo donde participa también la actitud del empleado hacia su trabajo. Esta actitud incluye sentimientos, pensamientos e intenciones de conducta.

Estas actitudes se adquieren después de algún tiempo y depende de las circunstancias que rodeen a su entorno laboral como ambiente laboral, estabilidad, remuneración justa, motivación, reconocimiento, etc.

Para que exista un alta satisfacción laboral, además de los aspectos antes mencionados, también es importante que exista una alta motivación y esto se logra sobre todo con el grado de involucramiento de los directivos en los aspectos laborales que van a lograr como meta última, empleados motivados y satisfechos. (Mewstrom, *et.al*, 2007)

Los jefes necesitan estar alertas a los síntomas de satisfacción de sus empleados e implementar programas o medidas que busquen ese fin. Preocuparse no solo por el ámbito laboral sino también personal, ya que la satisfacción laboral y la satisfacción de la vida van de la mano.

A medida que los empleados aumentan en edad están más satisfechos ya que asumen con más realismo su situación laboral, este tiende luego a disminuir ya que hay menos ascensos y mejoras salariales y se ven enfrentados a la jubilación.

Personas con mejores puestos y remuneraciones, tienden también a estar más satisfechos con sus trabajos ya que están mejor pagados y por su posición pueden desarrollar mejor sus capacidades profesionales lo que redundará en mayor satisfacción.

Existen factores que inhiben y otros que estimulan el compromiso del empleado a su puesto de trabajo. Entre los factores inhibidores podemos citar:

- Recriminación excesiva
- Gratitud fingida
- Fallas en el seguimiento
- Inconsistencias e incongruencias
- Trato abusivo
- Actitudes de superioridad.

Entre los factores estimulantes o motivadores, podemos citar:

- Reglas y políticas claras
- Inversión en el empleado: capacitación
- Respeto y reconocimiento por sus logros
- Autonomía del empleado
- Valoración hacia los empleados. (Newstrom, 2007)

3. Investigaciones realizadas

Son muchos los autores que han estudiado la incidencia que el burnout tiene en profesionales de enfermería, de entre ellos nos referiremos al trabajo realizado por García Izquierdo, por su rigurosidad y validez, que estudia la incidencia del síndrome en profesionales de enfermería mediante la aplicación del MBI (Maslach Burnout Inventory). Según este, el 17% de los sujetos tienen niveles bajos de burnout, el 67%

niveles medios y el 16% niveles altos, por lo que podríamos calificar como segmento de alto riesgo al 83% del personal estudiado.

Otro estudio muy interesante y que aporta mucho a esta investigación, es el que se realizó en personal sanitario hispanoamericano y español en el año 2007 ya que es uno de los pocos estudios existentes donde hay participación de médicos hispanos.

La muestra del estudio fue de 11.530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y Latinoamérica. El muestreo fue oportunísimo, permitiendo la participación de todos los profesionales sanitarios de países de habla hispana registrados en el portal de Internet "Intramed", que obtuvieron las claves de acceso en la dirección www.intramed.net. Los cuestionarios se cumplimentaron vía online, accediendo mediante identificación de usuario y contraseña.

Se encontró que la prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91).

PREVALENCIA DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS.

La prevalencia global de burnout de la muestra fue del 11,4 %. Aunque la prevalencia era mayor en las mujeres (12,9%) y en las personas solteras (14,6%), el sexo y el estado civil no mantuvieron una asociación estadísticamente significativa. Trabajar realizando turnos de guardia (OR=1,58), haber estado de baja laboral (OR=1,58) y padecer una enfermedad crónica (OR=1,30) se asociaron de manera independiente

con el caso de burnout. La valoración laboral se mostró altamente protectora de burnout (OR de 0,53). Tener hijos tuvo efecto protector con una OR de 0,93. También actuaron como protectores el grado de optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración de la situación económica personal (OR=0,91).

Se comprueba con estos estudios, que las condiciones socio laborales y demográficas de un profesional, son determinantes en la aparición del Burnout.

B.- EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD

1. Definiciones de salud

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en 1978 se agrega que la salud «es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de sectores sociales y económicos, además del sanitario».

De acuerdo a la misma OMS, la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

2. Síntomas

El burnout se considera un síndrome producto de una exposición prolongada a estrés, y que pueden ser de naturaleza somática, cognitivo, social, psicológica y laboral.

Una vez que el síndrome se ha posicionado en un profesional, surgen síntomas somáticos, los cuales muchas veces son atribuidos a otras causas y que inclusive son ignorados por ellos. Los síntomas somáticos que han sido reportados en relación al síndrome de Burnout son muchos y de naturaleza variable. Entre los mas comunes están la fatiga crónica, cansancio, dolor de cabeza frecuente, dolores de espalda, de cuello y musculares, mareos, dolores musculares en general, manchas o alteraciones de pigmentación en la piel, insomnio, alteraciones respiratorias, hipertensión y trastornos gastrointestinales, alteraciones en la menstruación, disfunción sexual, variaciones en el peso entre otras.(Fidalgo, *et,al*/2011)

C.- EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO

1. Definición de afrontamiento

El afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria (Lazarus,2000). De acuerdo a esta definición, el afrontamiento podría cumplir su función de dos maneras distintas: la una, sirviendo para manejar o afrontar el problema o situación estresora (dirigido al problema) y otra regulando o controlando la respuesta emocional que esta situación provoca (dirigido a la emoción). Estas maneras de afrontamiento generalmente están ligadas y se influyen mutuamente.

2. Teorías del afrontamiento

El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés, son las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida. Zeidner y Hammer (1990) definen el afrontamiento “como características o conductas en curso que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al

estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición” (p.694)

El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al estresor), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). (Fidalgo, 2011)

3. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento al estrés "operan en moduladores o 'amortiguadores' de los estímulos estresantes colaborando a un menor impacto sobre la salud" (Labiano&Correché, 2002, p. 106). El síndrome de burnout se produce "como resultado del contexto laboral de esta profesión, de las características personales y del tipo de afrontamiento adoptado" (Moreno-Jiménez et al., 2000, p. 5). Es así que el afrontamiento disfuncional favorecería la génesis del síndrome de burnout y afectaría negativamente la salud del profesional y de toda la comunidad.

Los modos de afrontamiento hacen referencia a cómo las personas responden a determinadas situaciones cuando no disponen de los recursos para ello; así se distinguen entre modos de afrontamiento dirigidos al problema, que buscan definir el problema y encontrar soluciones alternativas y modos centrados en la emoción, que intentan regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación. Moos y Billings (1982) sugirieron tres dimensiones a las ya propuestas por Lazarus y Folkman en 1986 (centrado en el problema y centrado en la emoción) añadieron el afrontamiento centrado en la evaluación, que busca definir el significado para la situación causante de tensión y a reflexionar sobre sus causas y posibles soluciones. Cada dimensión cuenta con tres estrategias de afrontamiento.

- El afrontamiento centrado en el problema incluye las siguientes estrategias:
 - a.- Requerimiento de información o asesoramiento de otras personas significativas.

b.- Ejecución de acciones que resuelvan el problema, accionando ante la situación o desarrollando planes alternativos.

c.- Desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción.

El afrontamiento focalizado en el problema conduciría a un mejor ajuste y adaptación ante los estresores de la vida y a experimentar menos síntomas psicológicos. Las estrategias de afrontamiento activas y directas dirigidas al problema (es decir, las que intentan cambiar la fuente de estrés o a sí mismos) se asocian con niveles de burnout menores que las estrategias de afrontamiento inactivas o indirectas (Burke, 1998; Burke&Greenglass, 2000; Leiter, 1991; Pines &Kafry, 1981, citados por Hernández Zamora , 2004). Algunas investigaciones (Ceslowitz, 1989, citado por Moreno-Jiménez &Peñacoba, 1999; Ceslowitz, 1999; Greenglass&Burke, 2001, citados por Hernández Zamora et al., 2004) han hallado estos resultados en personal de enfermería, y han encontrado que el uso de modos de afrontamiento centrados en el problema trae consigo una mayor satisfacción laboral, menor cansancio emocional y por consiguiente niveles inferiores de burnout.

El afrontamiento centrado en la emoción o respuesta al estrés se caracteriza por ciertas acciones como:

- a. Aceptar con resignación la situación y la posibilidad de provocar cambios en ella.
- b. Control efectivo de las emociones que la situación suscita para que no interfiera en otros aspectos de la vida
- c. Descarga emocional, por medio de palabras o acciones tales como llorar, fumar y comer.

"Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud-enfermedad" (Lazarus&Folkman, 1986, p. 238). Este modo de afrontamiento se ha relacionado con niveles altos de burnout (Burke, 1998; Burke&Greenglass, 2000, citados por Hernández Zamora, Olmedo Castejón &Ibañez Fernández, 2004).

- El afrontamiento centrado en la evaluación incluye las siguientes estrategias:
 - a.- Análisis lógico de la situación, sus causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverla.
 - b.- Redefinición cognitiva de los acontecimientos encontrándole un significado positivo.
 - c.- Evitación cognitiva mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías.

Los modos de afrontamiento que tienen menor control sobre la emoción son utilizados generalmente en situaciones que el sujeto valora como amenazantes, lesivas, desafiantes y sin posibilidad de modificación (Lazarus&Folkman, 1986) y junto a la evitación, podría considerárselos como menos eficientes y activos.

Los modos de afrontar las situaciones estresantes de estos profesionales, puede mantener la salud y bienestar de la persona, si es que utiliza mecanismos adaptativos y funcionales, o puede desencadenar la enfermedad en el caso de que los métodos de afrontamiento sean disfuncionales y desadaptativos. (Lazarus&Folkman, 1986).

Se considera además que la implementación de modos de afrontamiento funcional y saludable, repercutiría en su propia calidad de vida, en la de los pacientes a quienes asisten, en la institución en la que trabajan y en la de toda la comunidad con la cual están relacionados.

4. Investigaciones realizadas

De acuerdo a un estudio realizado en enfermeras de terapia intensiva (UTI) de diferentes centros médicos en Argentina en el año 2008, se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a las diferencias en los modos de afrontamiento según el nivel de burnout, se halló que existen diferencias significativas en las estrategias utilizadas entre las enfermeras que presentan diferentes niveles, principalmente en cuanto a las dimensiones despersonalización y baja realización personal.

Las enfermeras de UTI tenderían a utilizar estrategias de afrontamiento menos funcionales a medida que aumente el nivel de Burnout. Las enfermeras con baja despersonalización utilizan en mayor medida el análisis lógico y el desarrollo de gratificaciones alternativas a diferencia de las enfermeras con más despersonalización. El uso de la ejecución de acciones disminuye a medida que aumenta el nivel de despersonalización.

A medida que la realización personal disminuye, decrece el uso de análisis lógico y de la ejecución de acciones que resuelvan el problema. El análisis lógico ha sido considerado como una estrategia adaptativa para afrontar las situaciones estresantes (Fierro et al., 1999; Chan, 1994; Folkman et al., 1986, citados por Godoy & Moreno, 2002). En tanto, la ejecución de acciones que resuelvan el problema (es decir, ejecutar una acción para estar en contacto con el problema o comprometerse a tratar de hacerlo) dado que se constituye en una subdimensión de los modos de afrontamiento centrados en el problema, podría considerarse como funcional, porque como expresaron varios autores (Pines & Kafry, 1981; Burke & Greenglass, 2000; Leiter, 1991, citados por Hernández Zamora et al., 2004) las estrategias de carácter activo (es decir, las que implican confrontación o son un intento de cambiar la fuente de estrés) y las estrategias directas (aquellas que buscan cambiar la situación estresante) son más efectivas en el afrontamiento del síndrome de burnout, en contraposición con las estrategias de carácter inactivo e indirectas, dado que se asocian a niveles bajos de este.

Las enfermeras con moderado cansancio emocional utilizan en mayor medida el control afectivo que las enfermeras con bajo o alto nivel. En las enfermeras con bajo cansancio emocional, dado que no percibirían demasiados estresores, es de esperar que el uso del control afectivo sea bajo. Las enfermeras con nivel medio de cansancio emocional podrían controlarse afectivamente, es decir, controlar las emociones que surgen a partir de las situaciones que se vivencian en las UTI, en pos del bienestar del paciente y su familia. En este caso, controlar las emociones le permitiría funcionar de una manera adaptativa. En contraposición, las que presentan cansancio emocional alto, hacen un menor uso del control afectivo, posiblemente porque no poseen recursos o herramientas ante tan elevado nivel de cansancio emocional.

Las enfermeras con niveles altos de despersonalización hacen mayor uso del requerimiento de información o asesoramiento. Una posible respuesta a esto podría encontrarse en la opinión de carácter funcional de Gil-Monte (2003). Para este autor, la despersonalización daría a la enfermera la posibilidad de no involucrarse en demasía con los problemas de los pacientes, permitiéndole realizar su trabajo, que en algunos casos puede conllevar acciones negativas o lesivas y así no ver afectados sus sentimientos. Esto la conduciría a requerir mayor información acerca de las situaciones que presentan los pacientes de UTI, pidiendo la guía o el apoyo de familiares, amigos o alguna autoridad (supervisores, jefes de enfermería, etc.) para accionar, hablado sobre el problema con ellos y requiriendo algún tipo de ayuda específica para la situación concreta. (Popp, Maricel. 2008).

Las enfermeras con niveles altos de realización personal hacen mayor uso del control afectivo que las que presentan niveles medios y bajos de realización personal. Dado que su trabajo implica la relación con el paciente y sus familiares, quizás la mejor manera que encuentra para afrontar las situaciones que se viven en UTI (que de por sí tienen un alto nivel de incertidumbre, sufrimiento y dolor) es siendo medidas en su expresión emocional, controlando las propias emociones, de tal forma que no interfieran con el trabajo que deben realizar ni con la vulnerabilidad propia de los familiares y del paciente. Esto las llevaría a evaluarse positivamente en el trabajo y a tener una alta realización personal en este.

Las enfermeras que presentaron niveles inferiores de burnout utilizaron estrategias de afrontamiento, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, por ejemplo relaciones sociales, actividades y desarrollo personal.

D. BURNOUT Y APOYO SOCIAL

1. Definición de apoyo social

El apoyo social es un factor moderador del estrés de gran magnitud, que mejora el impacto de las tensiones sobre nuestro malestar. Es el soporte y apoyo recibido por los demás (compañeros, familia, amigos, etc.). El contacto con otras personas en si no significa presencia de apoyo social sino que debe haber un intercambio que introduzca a la persona a sentirse querida o cuidada. Para que se hable de apoyo social, la persona deberá tener la sensación de de ser estimada y valorada y sensación de pertenencia al grupo, donde los miembros interactúan, comparten y se apoyan mutuamente.

El apoyo social es considerado como la principal variable que produce un efecto amortiguador (Muchinsky, 2002). Algunas personas experimentan estrés porque en su afán de triunfar, se olvidan de establecer relaciones estrechas en el trabajo y con amigos, no se dan tiempo de desarrollar relaciones con las personas lo cual genera ira, ansiedad y soledad. Una manera de prevenir esto es con la presencia de apoyo social que puede estar conformado por compañeros, familia, amigos, colegas u otros. En general se ha visto que cuando una persona tiene por lo menos un amigo que le ofrezca apoyo, tiene menos probabilidades de padecer estrés. Así mismo se ha comprobado que las mujeres valoran más el apoyo social y se sienten más capaces de proporcionarlo a otros. (Newstrom, 2007).

Hay cuatro grandes formas de proveerse de apoyo: emocional, instrumental, informativo y evaluativo (Fidalgo,2011)

- **Apoyo emocional**

Comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes.

- **Apoyo instrumental**

Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; como cuando se cuida a alguien o se lo ayuda a realizar un trabajo.

- **Apoyo informativo**

Se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe, ayudarse a sí mismo.

- **Apoyo evaluativo**

Implica la transmisión de información, y no del afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

Hay que proveerse de un grupo social con valores que no sean el individualismo y la competitividad, sino grupos en los que la solidaridad sea el valor más importante. Si esto no se obtiene en el entorno laboral, entonces se lo debe buscar en el socio familiar. (Fidalgo, *et.al*). Se ha comprobado que el hecho de disponer de apoyo social, sin importar de donde provenga, influye sobre la respuesta al estrés, haciendo que la persona aumente su resistencia a los estresores, pues modifica su tolerancia. Si se recibe apoyo adecuado, aumentan los sentimientos de autoeficacia, y la percepción de control del estresor, con lo que habrá un mejor afrontamiento de las situaciones que lo provoquen. (Fidalgo, *et.al*)

En definitiva, el apoyo social puede influir sobre los efectos del estrés, la valoración de una situación estresante, sobre formas y estrategias de afrontamiento, sobre la autoestima, motivación e inclusive el estado de ánimo, siendo un instrumento protector muy eficaz que toda persona debe tener.

2. Modelos explicativos del apoyo social

Existen cuatro perspectivas principales sobre el apoyo social, las cuales se complementan entre si se presentan como niveles de apoyo.

Nivel I

El nivel más básico del apoyo social, se centra en el número y fuerza de las asociaciones significativas de una persona con otras. No se hace relación a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social (número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad...). No permite explicar la relación entre salud y apoyo social.

Nivel II

Atiende a la calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Las relaciones de calidad influyen sobre la salud y bienestar psicológico de varias maneras: ayudan a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación, etc.

Nivel III

Un tercer nivel es el apoyo social como ayuda percibida. En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción que tenga una persona de esa ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba menos grave.

Nivel IV

El último nivel consistiría, no ya en tener asociaciones con otros o que sean de calidad o que se perciba la posibilidad de ayuda, sino en la "actualización de tales conductas de apoyo". Es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.(Gottlieb, Cohen y Mc Key, 2002)

3. Apoyo social percibido

El apoyo social percibido se refiere sobre todo a la percepción que tiene un individuo de recibir amor, atención, aceptación, cuidados, etc. Es la percepción por parte de una persona de tener la seguridad de contar, en caso de una situación estresante o problemática, con la ayuda y apoyos necesarios de otras personas. Esta percepción va a hacer que los estresores sean manejados de una mejor manera, utilizando mejores modos de afrontamiento y logrando que tenga consecuencias menos graves en la persona.

4. Apoyo social estructural

La perspectiva de apoyo social estructural, resalta la importancia de las características de las redes sociales y de los elementos objetivos que tienen que ver con el proceso de ayuda, es decir que lo que interesa aquí son los elementos más identificables y los objetivos que busca la red de relaciones de un individuo. (Gracia, 1997:23).

Desde esta perspectiva, el apoyo social es definido por el número de relaciones que mantiene una persona, el equilibrio que puede existir, la semejanza entre los miembros de la red, y la interconexión de las personas con las que se relaciona.

Será necesaria la creación de grupos de autoayuda si es que se observa que un individuo no tiene una red social o cuando no existe por ejemplo homogeneidad entre sus miembros, las interacciones no se dan de una manera correcta, hay sobreprotección, abandono o excesivo control. En este caso, estos grupos ayudaran a ampliar la red social del individuo perteneciente al grupo y que necesite apoyo.

5. Investigaciones realizadas

Me referiré a un estudio realizado en enfermeras y auxiliares del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Participaron 254 enfermeras/os y auxiliares que fueron seleccionados aleatoriamente.

Los resultados que se obtuvieron con respecto a la relación entre burnout u apoyo social fueron las siguientes: Llamó la atención la ausencia de relación de apoyo del supervisor con algunas dimensiones, lo cual contradice la afirmación en la bibliografía de que el apoyo de los supervisores es más importante inclusive que la de los compañeros. Se encontró además una relación de suficiencia con el apoyo que procede de la familia y la dimensión de realización personal, lo cual evidencia la importancia del apoyo familiar. Se concluyó de acuerdo a estos resultados que se debe considerar el apoyo extra laboral, sobre todo en una población como la de enfermería que es eminentemente femenina, en que la interdependencia familiar es muy importante. (Albar Marín. 284 "Enfermería clínica 2004"; 14(5):281-528)

E. BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD

1. Definición de personalidad

La personalidad se puede definir como "las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona" (Cloninger Susan pp. 3).

No todos los psicólogos están de acuerdo en cuáles son esas causas, ya que las respuestas son variadas y obedecen a muchos factores como cultura, cogniciones, experiencias vividas, etc. (Cloninger, *et.al*).

2. Tipos de personalidad

Los diferentes tipos de personalidad han sido propuestos desde tiempos muy remotos, así, en la antigua Grecia, Hipócrates distinguió cuatro tipos básicos de personalidad: flemático (apático), melancólico (triste, deprimido), colérico (irascible) y sanguíneo (optimista, esperanzado). (Merenda, 1978).

Cada uno de estos tipos cuenta con características diferentes y una persona solo puede pertenecer a un tipo en particular.

Otra clasificación de los tipos de personalidad es la tipología de Kretschmer, que clasifica en cuatro clases: Pícnicos (sociales y afectuosos), atléticos (tranquilos y pacíficos), asténicos (reservados y solitarios) y displásticos (no entran en ninguno de los grupos anteriores).

De acuerdo a la tipología de Sheldon, los distingue en grupos relacionando la estructura corporal con el temperamento, los cual define tres capas germinativas que son: Ectomorfo (débiles, pesimistas, ansiosas y calladas); Mesomorfo, (fuertes, tenaces, agresivos, aventureros e insensibles); Endomorfo (amables, sociales, amistosos, necesitan afecto y aprobación)

Carl Jung (1971), distinguió los tipos de personalidad entre introvertidos y extrovertidos, y los agrupó en ocho subgrupos diferentes según características específicas de intraversión o extraversión que predomine en cada uno de ellos.

Existen muchas teorías sobre la tipología de la personalidad, pero a decir de Cloninger, en su mayor parte, lo que observamos son los efectos mas remotos de los tipos en forma de rasgos. (Cloninger, 2003, pp 4).

Un rasgo de personalidad es una característica que distingue a una persona de otra y que hace que ella se comporte de una manera más o menos acorde a él. Se puede

tener un rasgo en mayor o menor grado y permiten una descripción más precisa que los tipos. De hecho, se han descrito más de 18.000 rasgos entre las palabras del diccionario. (Allport y Odbert, 1936). Algunos investigadores han estudiado estadísticamente ciertos rasgos y los han agrupado en factores de acuerdo a como están correlacionados. Estos, son cuantitativos y reciben una calificación en vez de ser colocados en una categoría específica. (Cloninger, *et.al.*)

Raimond Cattell (1957) propuso 16 rasgos de personalidad; otros autores han propuesto solo cinco (John, 1998) y otros solamente tres (Eysenck, 1990). Sin embargo los factores son menos precisos que los rasgos. (Cloninger, *et.al.*)

Desde hace tiempo se han reconocido que hay diferentes maneras de reaccionar ante el estrés y se han identificado dos características de la personalidad que median o regulan los efectos del estrés en una persona. Estos son el tipo de personalidad y el locus de control. (Muchinsky, 2002)

3. Patrones de conducta

Un patrón de conducta en un modelo de respuesta al estrés que posee una persona y que involucra aspectos como la personalidad, creencias, activación fisiológica y conductas.

Se han descrito dos tipos de personalidad de acuerdo a la vulnerabilidad al estrés: A y B. (Newstrom, 2007).

Las personas con un patrón de conducta tipo A, son agresivas y competitivas, son personas que andan, comen y hablan rápidamente y se sienten con frecuencia bajo la presión del tiempo. Establecen estándares altos y prosperan bajo la presión del tiempo. Son personas que se exigen demasiado, inclusive cuando están fuera del trabajo. Muchas de las presiones que sienten no son producto del ambiente sino de ellas mismas. Tienen una mayor frecuencia cardíaca y el doble de posibilidades de desarrollar un problema cardíaco. Tienen alta necesidad de logro y no se pueden controlar cuando están expuestos a estímulos que se relacionan a su trabajo. Este tipo

de personalidad es más propenso a desarrollar enfermedades como el burnout. (Muchinsky, 2002 y Mewstrom, 2007).

Las personas con un patrón de conducta tipo B, están menos preocupadas por el tiempo, pueden relajarse sin problema, son relajadas y tranquilas y trabajan juntas sin competir. Están atentas a la satisfacción y al bienestar personal. Al estar menos presionadas por el tiempo, tienen menos problemas relacionados con el estrés y es menos factible que en ellas se desarrollen enfermedades como el burnout. (Muchinsky, 2002 y Mewstrom, 2007).

4. Locus de control

El locus de control diferencia a las personas que creen que son ellas las responsables de lo que les ocurre, con las que creen que los acontecimientos de su vida están determinados principalmente por otras personas o factores ajenos a ellas. De acuerdo a esa percepción, se puede decir que una persona tiene locus de control interno, cuando tienen la posibilidad de hacer algo contra la fuente de estrés en sí mismo o encontrar la manera de mitigar los efectos del mismo.

Mientras que las personas con locus de control externo, tienden a sentir que las acciones eficientes para controlar el estrés, están fuera de su alcance y control, por lo que lo asumen pasivamente sin hacer nada al respecto.

De acuerdo a estas características de personalidad, las primeras, tendrán un mejor manejo del estrés y por lo tanto menos riesgo de padecer enfermedades producto de él como el burnout, mientras que las personas con locus de control externo, son candidatas a desarrollarlo si es que no se toman correctivos a tiempo y si no se cuenta con otros inhibidores del estrés como el apoyo social.

5. Investigaciones realizadas

Existen varios estudios relacionados al burnout y la personalidad y en este caso me referiré a un estudio realizado en España en el año 2012 y que estudia las características de personalidad como predictores del burnout en personal de cuidados intensivos.

Este estudio se lo realizó en 144 profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y auxiliares de clínica) del Hospital virgen de las Nieves de Granada.

El 36% de los participantes presenta altos niveles de burnout; el personal con niveles bajos de personalidad resistente, tiene niveles más altos de burnout.; las variables organizacionales se atenuaron cuando los niveles de personalidad resistente y comprensibilidad son altos; Las personas con tipos de personalidad más resistentes, se vieron menos amenazadas por situaciones estresantes.

En conclusión se encontró que en el proceso del burnout interactúan tanto los aspectos organizacionales como las características de personalidad de cada persona, lo que regula el impacto de factores de estrés. (Ansiedad y Estrés, 17 (2-3), 99-112).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de investigación

El diseño de investigación constituye “*El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación*”. (Hernández, 2006), el diseño debe responder a las preguntas de investigación.

Mediante la investigación podemos conocer si existe el síndrome del burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores de instituciones sanitarias, la salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad.

Esta investigación posee las siguientes características:

Es cuantitativa: Se analizó la información numérica de los instrumentos evaluados.

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

Es transeccional (transversal): Se centró en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

Es exploratorio: Se trató de una exploración inicial en un momento específico.

Es descriptivo: Se seleccionó una serie de cuestiones y se midió o recolectó información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

4.2 Preguntas de investigación

4.2.1. ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias?

4.2.2. ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el burnout?

4.2.3. ¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout?

4.2.4. ¿El apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout, puede actuar como un mecanismo protector?

4.2.5. ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?

4.2.6. ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

4.3. Objetivos:

General

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

Específicos

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

4.4. Población:

La población objeto de estudio fue el personal de instituciones de salud, es especial del Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil, a ellos se sumaron 4 médicos que trabajan en instituciones privadas o tienen únicamente consulta privada en alguna clínica de la ciudad, todos son médicos en servicio activo de varias especialidades, especialmente oncología y cirugía. Además se realizó el mismo estudio en enfermeras/os que se encuentran vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; en este caso particular, todas/os las/os enfermeras/os estudiadas/os trabajan en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil.

Los datos de la investigación fueron recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: variables **socio demográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad.**

En primera estancia se solicitó colaboración de los funcionarios que laboran en dicha organización, indicaron los propósitos, tiempos de aplicación y requerimientos para el trabajo de recolección y beneficios que el profesional de la salud adquirirá con el conocimiento del informe psicológico que será entregado.

Las pruebas fueron aplicadas a **15 médicos** independientemente de la especialidad que tenga actualmente y **15 enfermeras/os.**

4.5. Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos fueron seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados, en esta investigación los cuales detallo a continuación:

4.5.1 Cuestionarios:

Es uno de los instrumentos que más se utiliza en investigación social. De hecho, Hernández & otros (2006), expresan que "(...) consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir."

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

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

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

- Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

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

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

La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPECE).- Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española

la cual utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos antes del entrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto – distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- Desconexión cultural: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrelleve la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: Hacer burlas o reírse de la situación estresante.

Cuestionarios MOS de apoyo social.- Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. En un cuestionario auto-administrado, multidimensional

de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) son:

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

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

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

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

4.6. Recolección de datos y procedimiento:

El procedimiento para la recolección de datos se la realizó en varias fases

1. Definir el centro hospitalario donde se iban a recoger los datos
2. Presentar la solicitud respectiva para el centro con el fin de obtener la aprobación para la investigación
3. De acuerdo a la fecha y hora otorgada por la institución, aplicar los cuestionarios respectivos para este estudio
4. Tabulación de los datos

El centro hospitalario escogido fue el Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil, ya que por el tipo de pacientes que atienden, constituía el lugar idóneo para nuestro estudio.

Con el respaldo de la UTPL, presenté una solicitud explicando los objetivos de este estudio, lo cual fue aceptado, pero únicamente para ser realizado en el grupo de enfermeras de la institución. Posteriormente se envió otra solicitud e inclusive hablé personalmente con una alta autoridad del Hospital, pero no se logró el permiso para el grupo de médicos que se pedía.

Se nos asignó día y hora en la que debían aplicar los cuestionarios, lo cual se realizó con éxito a un número importante de enfermeras de SOLCA. Previo al inicio de esta aplicación, se les explicó la naturaleza y fines del estudio y se les dio algunas directrices para el llenado de los cuestionarios, los mismos que fueron correctamente llenados.

Debido a la falta de apoyo de la institución en permitir el estudio en los médicos de la institución, se optó por hacerlo de forma privada. Los instrumentos fueron aplicados siguiendo los procedimientos y dentro del tiempo estipulado para ello.

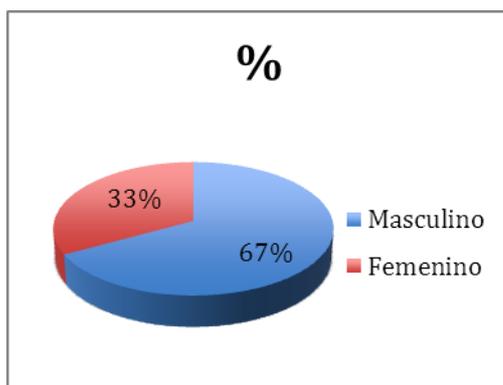
5. RESULTADOS OBTENIDOS

5.1. Resultados de los cuestionarios realizados a médicos

5.1.1 Cuestionario Sociodemográfico y laboral

TABLA 1.1
Género de los médicos entrevistados

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	10	66.66
Femenino	5	33.33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que entre los médicos entrevistados, la mayoría son hombres. Del porcentaje total de entrevistados. Se prevé la importancia de que las instituciones acojan personal sin discriminación de sexo, ello nos dirá de la eficiencia del apoyo mutuo.

TABLA 1.2

Lugar y zona de trabajo de los médicos entrevistados

Lugar y zona		
Nombre	Fr	%
Zona urbana	15	100
Zona rural	0	0



En Guayaquil	100%
--------------	------

Fuente: SOLCA

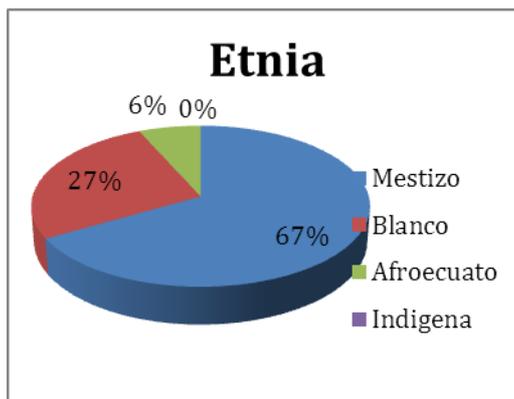
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que entre los médicos entrevistados todos trabajan en una zona urbana, en la ciudad de Guayaquil. Ello conlleva que se asuman probabilidades de mayor estrés por las exigencias sociales a las que se debe responder.

TABLA 1.3

Etnia de los médicos entrevistados

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	10	66,66666667
Blanco	4	26,66666667
Afroecuato	1	6,66666667
Indígena	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que un alto porcentaje de médicos entrevistados pertenecen a la raza mestiza, seguido por el grupo de raza blanca y por último la afro ecuatoriano. No hay ningún representante del grupo indígena. Esta presencia apoya a la gestión desde diversos puntos de vista.

TABLA 1.4

Estado civil de los médicos entrevistados

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	6	40
Casado	8	53,33333333
Viudo	1	6,66666667
Divor/sepa	0	0
Unión libre	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar la mayoría de médicos investigados son casados, seguidos por los solteros y viudos.. Ello conlleva que, a más de las responsabilidades profesionales se incluyan otro tipo de responsabilidades que pueden generar estrés.

TABLA 1.5
Con quién viven los médicos entrevistados

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	2	13,33
Con más personas	13	86,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que el porcentaje mayor de médicos viven con otras personas y solo un número pequeño de médicos, viven solos. Se hace posible, de ese modo, que se cuente con un entorno de apoyo social y emocional.

TABLA 1.6**Remuneración salarial de los médicos entrevistados**

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	3	20
Semanal	0	0
Quincenal	5	33,33
Mensual	7	46,66
No recibe	0	0
TOTAL	15	100



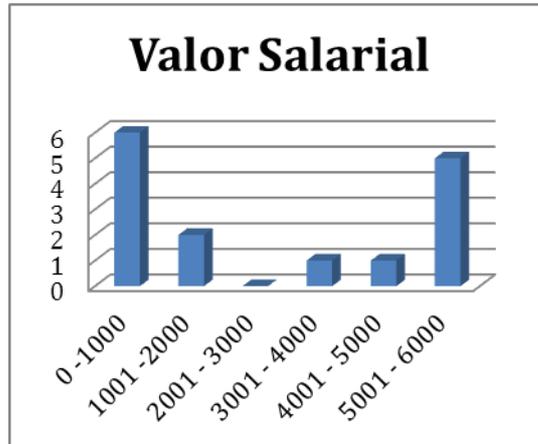
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que hay un mayor porcentaje de médicos que reciben un sueldo mensual frente a los que lo hacen quincenal o diariamente.

TABLA 1.7**Valor salarial recibido por los médicos entrevistados**

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	6	40
1001 -2000	2	13,33
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	1	6,66
4001 - 5000	1	6,66
5001 - 6000	5	33,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

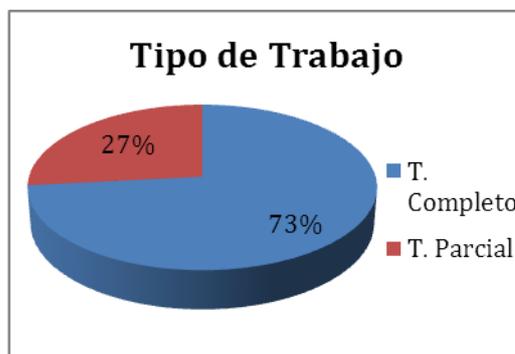
En esta tabla se puede observar que la mayoría de médicos reciben un salario que oscila entre los 0 a 1000 dólares mensuales y que otra cantidad importante de médicos reciben salarios entre los 5001 y 6000 dólares. Las diferencias en remuneraciones crean conflictos intergrupales que pronostican mal clima laboral.

TABLA 1.8

Tipo de trabajo de los médicos entrevistado

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	13,46
-------------------------------------	-------

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	11	73,33
T. Parcial	4	26,66
TOTAL	15	100



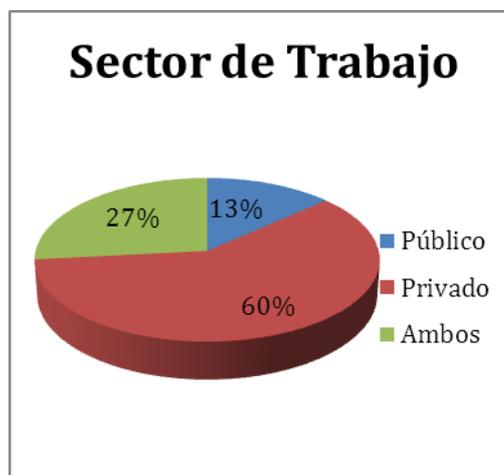
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

Se puede observar en esta tabla que la mayoría de médicos tiene un tipo de trabajo de tiempo completo y tan solo menos de la cuarta parte de la población posee un trabajo de tiempo parcial.

TABLA 1.9
Sector donde trabajan los médicos

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	2	13,33333333
Privado	9	60
Ambos	4	26,66666667
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

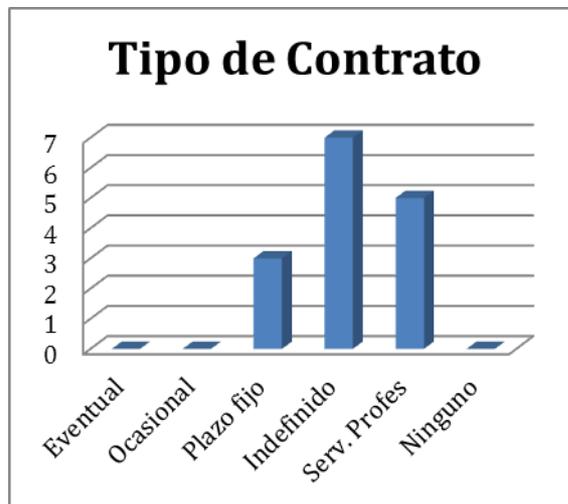
Elaborado por: Autora

En esta tabla podemos observar que la mayoría de médicos trabajan en el sector privado y solo una porción minoritaria lo hace en el sector público. Será conveniente caracterizar a este medio privado y verificar aquellos motivos que originan conductas estresadas.

TABLA 1.10

Tipo de contrato que poseen los médicos

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	0	0
Plazo fijo	3	20
Indefinido	7	46,66666667
Serv. Profes	5	33,33333333
Ninguno	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

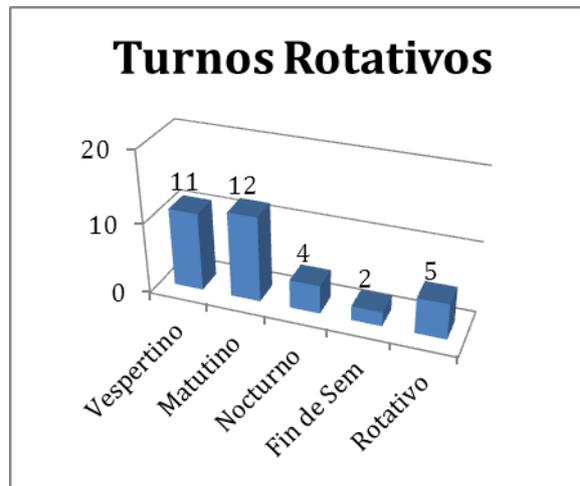
De los médicos entrevistados, la mayoría cuenta con un tipo de contrato laboral indefinido, un porcentaje menor labora con contrato por servicios profesionales y otro porcentaje menor aun con contrato a plazo fijo. O sea que los posibles comportamientos estresados por este motivo van a ser escasos o nulos.

TABLA 1.11

Tipo de turnos en que trabajan los médicos.

PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,2
PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	9,33
SEMANALES	56,067
GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	6,4
DÍAS	0,66

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	11	32,35
Matutino	12	35,29
Nocturno	4	11,76
Fin de Semana	2	5,88
Rotativo	5	14,70
TOTAL	34	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

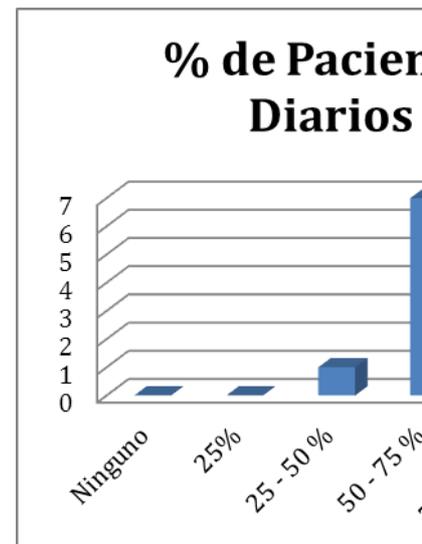
En este cuadro se puede observar que los médicos en su mayoría trabajan en turnos matutinos y vespertinos, realizan en promedio 6,4 hora de guardias nocturnas a la semana, cada 0.66 días.

Las horas diarias de trabajo promedio es de 9,33 y semanales de 56.06 horas. Como podrá observarse el trabajo es intenso tanto en lo que concierne al propio

tratamiento como al tiempo que deben laborar, es necesario considerar esta temática en la incidencia para el detonante de niveles de burnout.

TABLA 1.12
Porcentaje de pacientes atendidos diariamente por los médicos

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	1	6,66
50 - 75 %	7	46,66
75 - 100 %	7	46,66
TOTAL	15	100



PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	19,4
--------------------------------------	------

Fuente: SOLCA

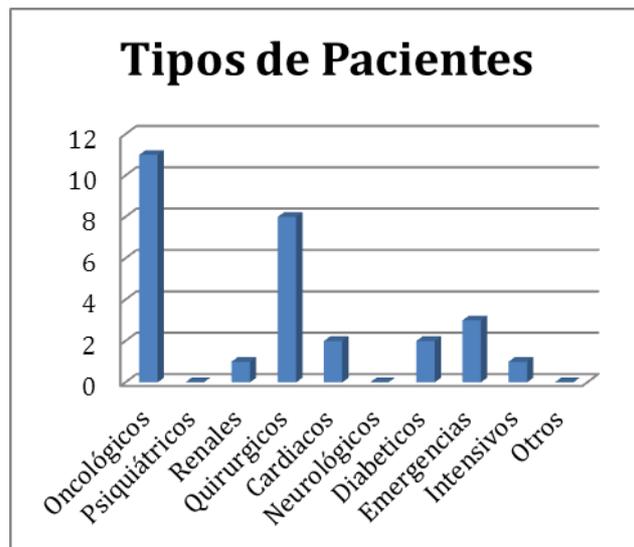
Elaborado por: Autora

El promedio diario de pacientes atendidos es de 19.4, aspecto desgastante del aspecto emocional de los profesionales. Conviene tener en cuenta este factor en el análisis de resultados.

TABLA 1.13

Tipos de pacientes que ven los médicos.

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	11	39,28
Psiquiátricos	0	0
Renales	1	3,57
Quirúrgicos	8	28,57
Cardiacos	2	7,142
Neurológicos	0	0
Diabéticos	2	7,142
Emergencias	3	10,71
Intensivos	1	3,57
Otros	0	0
TOTAL	28	100



Fuente: SOLCA

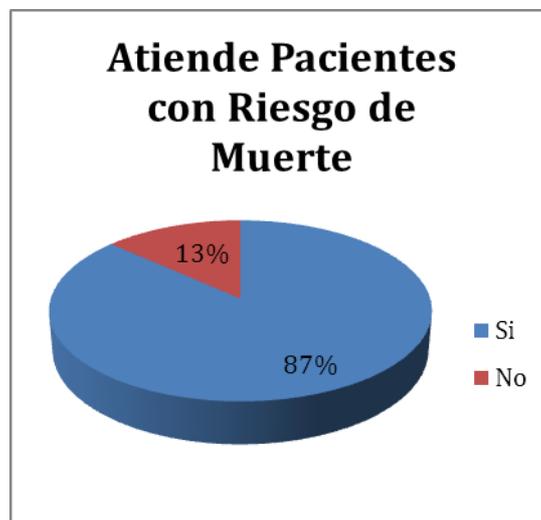
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que la mayoría de pacientes atendidos por los médicos son oncológicos, seguidos por los quirúrgicos y las emergencias con menor frecuencia. Proporciona la oportunidad de asumir experticia en el tratamiento y seguimiento de los pacientes, lo que favorecería el aspecto profesional y personal de los médicos.

TABLA 1.14

Pacientes con riesgo de muerte que son atendidos por los médicos.

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	13	86,66
No	2	13,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

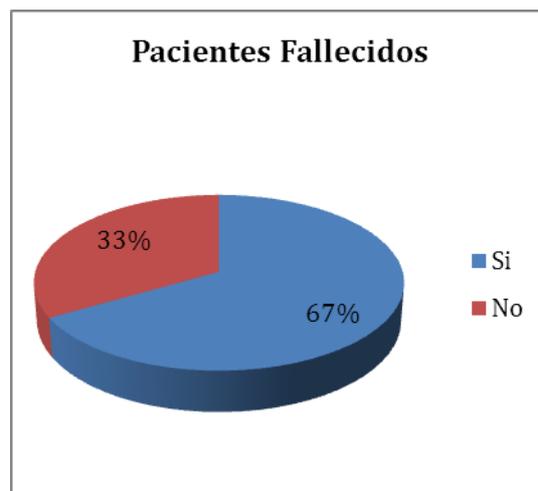
En esta tabla se observa que la clase de paciente que en su mayoría atienden los médicos, tienen peligro de muerte. La práctica diaria puede que haya hecho acomodar a los profesionales a su tipo de trabajo, pero no por ello se aleja de la responsabilidad total de la vida de los pacientes, lo que conlleva altos niveles de estrés.

TABLA 1.15

Pacientes de los médicos que han fallecido en los últimos meses.

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	10	66,66
No	5	33,33
TOTAL	15	100

PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	
	2,5



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que aproximadamente las dos terceras partes de los médicos entrevistados, ha tenido pacientes que han fallecido. El promedio de pacientes fallecidos es de 2,5 dentro de los últimos meses. Según sea la frecuencia se puede convertir, este hecho, en factor de estrés.

TABLA 1.16

Recursos necesarios que médicos reciben de la institución

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	6	40
Medianamente	6	40
Poco	1	6,66
Nada	2	13,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

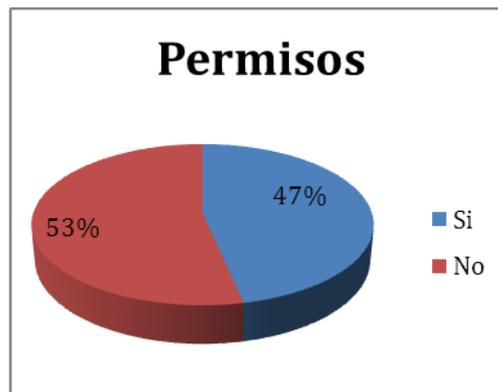
Elaborado por: Autora

Se puede observar en esta tabla que los médicos consideran que reciben mediana y totalmente los recursos necesarios para desempeñar su trabajo en la institución.

TABLA 1.17

Permisos solicitados por los médicos en el último año.

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	7	46,66
No	8	53,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

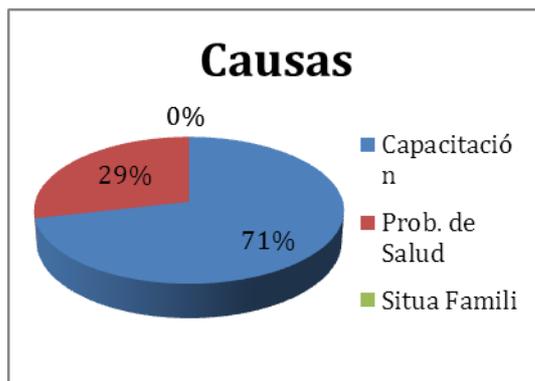
Elaborado por: Autora

En esta tabla se observa que aproximadamente un poco más de la mitad de los médicos pidió permiso durante el último año. El porcentaje de los que no piden permiso es el mismo de aquellos que piden, lo que no deja de ser un indicador de que los profesionales requieren de este elemento para cubrir sus necesidades personales.

TABLA 1.18

Motivos por los que pidieron permiso los médicos

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	5	71,42
Problema de Salud	2	28,57
Situación Familiar	0	0
Otros	0	0
TOTAL	7	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se ve que las causas por las que pidieron permiso algunos médicos, fue en su mayoría por motivos de capacitación seguido causas por problemas de salud.

TABLA 1.19

Cuan valorados se sienten los médicos por sus pacientes.

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46,66
Totalmente	8	53,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

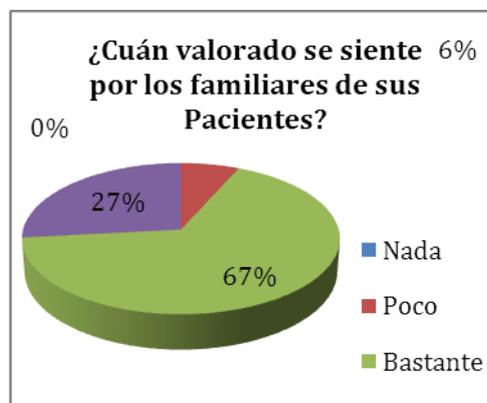
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que los médicos en su mayoría se sienten totalmente valorados por sus pacientes y un poco menos de la mitad de ellos se siente bastante valorados por ellos. En general, todos los médicos entrevistados se sienten valorados. Este aspecto va a incidir positivamente en lo que respecta al apoyo social, que repercute a su vez en un efecto de satisfacción laboral.

TABLA 1.20

Cuan valorado se sienten los médicos por los familiares de pacientes.

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66
Bastante	10	66,66
Totalmente	4	26,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

De los médicos entrevistados, la mayoría se siente bastante valorados por los parientes de sus pacientes. Son una pequeña minoría quienes se sienten poco valorados por ellos. En general tienen un buen sentido de valoración en este aspecto

TABLA 1.21

Cuan valorado se siente el médico por sus colegas.

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



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que todos los médicos entrevistados se sienten entre bastante y totalmente valorados por sus colegas

TABLA 1.22

Cuan valorado se sienten los médicos por los directivos de la institución.

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66
Poco	2	13,33
Bastante	10	66,66
Totalmente	2	13,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que un porcentaje alto de médicos se sienten bastante valorados por los directivos de la institución, frente a un porcentaje mínimo que no se siente valorado. Es un factor decisivo para generar actitudes positivas hacia el trabajo.

TABLA 1.23

Satisfacción en el trabajo que realiza

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	26,66
Totalmente	11	73,33
TOTAL	15	100



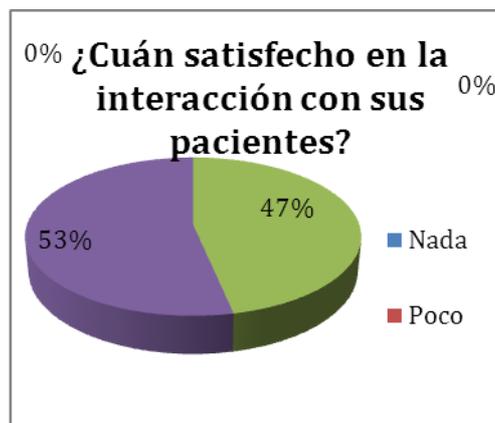
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En este cuadro se puede observar que un alto porcentaje de médicos está totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, y solo un porcentaje menor dice sentirse bastante satisfecho.

TABLA 1.24
Satisfacción con la interacción con los pacientes

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46,66
Totalmente	8	53,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

Este cuadro indica que de todos los médicos entrevistados, un poco más de la mitad de ellos, dice estar totalmente satisfecho con la interacción con sus pacientes y el resto dice estar bastante satisfecho, lo que demuestra que una satisfacción generalizada de los médicos con lo que respecta a sus pacientes.

TABLA 1.25**Satisfacción con el apoyo de los directivos de la institución**

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66
Poco	7	46,66
Bastante	4	26,66
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100



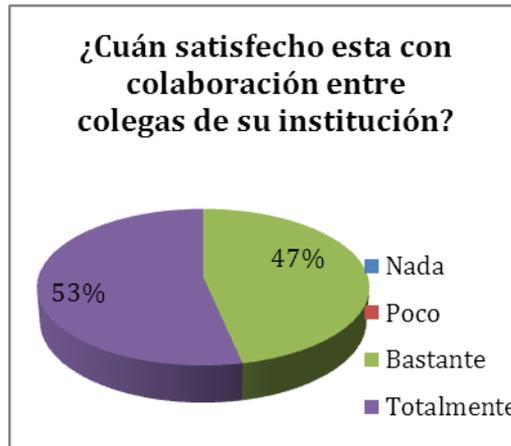
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que la mayoría de médicos se siente poco apoyado por la directiva de la institución. Un porcentaje menor se siente bastante apoyado y un grupo aun menor se siente totalmente apoyado. La minoría de los médicos dicen sentirse nada apoyados. Se nota cierta contradicción con resultados obtenidos en tablas anteriores. Si se sienten muy valorados por los directivos de la institución, a qué se debe que este apoyo no los satisface?

TABLA 1.26**Grado de satisfacción con la colaboración de los colegas**

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46,66
Totalmente	8	53,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

De acuerdo a esta tabla vemos que la mayoría de los médicos están satisfechos con la colaboración entre colegas y una porcentaje también alto, está bastante satisfecho al respecto, lo que debe evidenciarse en las relaciones interpersonales en el trabajo.

TABLA 1.27

Grado de satisfacción de su experiencia profesional

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46,66
Totalmente	8	53,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que los médicos están en su mayoría totalmente satisfechos con su experiencia laboral y el resto de médicos están bastante satisfechos con ella.

TABLA 1.28
Satisfacción con su economía

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66
Poco	6	40
Bastante	4	26,66
Totalmente	4	26,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

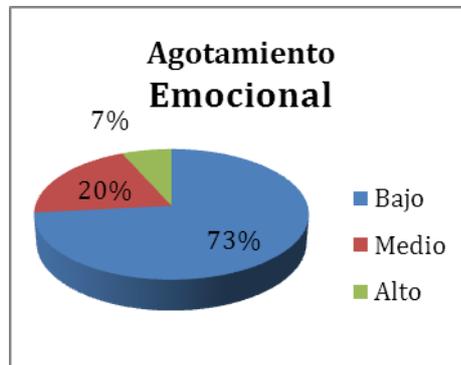
De acuerdo a esta tabla se puede apreciar que la mayoría de los médicos entrevistados, están poco satisfechos con su economía, pero otro grupo también importante se siente bastante satisfecho y totalmente satisfecho con su economía. Únicamente uno de los médicos entrevistados no está satisfecho para nada con su economía. Esta diversidad en satisfacción económica puede dificultar las interrelaciones personales.

5.1.2 Cuestionario de MBI

TABLA 2.1

Agotamiento emocional

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	11	73,33
Medio	3	20
Alto	1	6,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

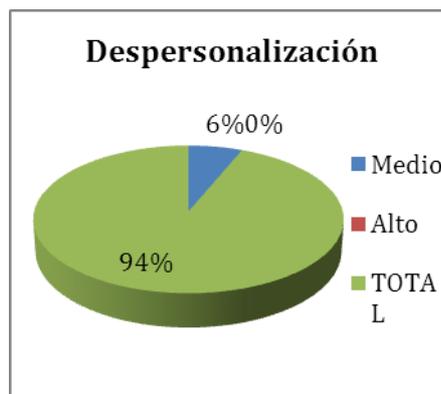
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que un alto porcentaje de médicos entrevistados presentan un nivel bajo de agotamiento emocional. Preocupa la presencia de cuatro profesionales que presentan un medio y alto nivel de propensión al síndrome.

TABLA 2.2

Despersonalización

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	14	93,33
Medio	1	6,66
Alto	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En este cuadro se puede ver que el grupo de médicos entrevistados, presenta una baja despersonalización, lo cual es otro de los indicadores de la ausencia de burnout. El nivel medio de despersonalización nos hace pensar que en algún caso podría haber una propensión a desarrollar el síndrome, ello conlleva una necesidad de seguimiento para establecer posible una intervención.

TABLA 2.3

Realización personal

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

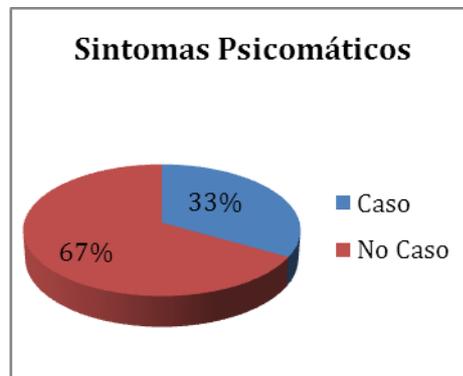
En esta tabla se evidencia que el total de médicos entrevistados, tienen alta realización personal, lo cual justifica en parte la ausencia de burnout en este grupo. Se podría entrar en contradicción con los profesionales que si evidencian agotamiento emocional y niveles medios de despersonalización.

5.1.3. Cuestionario de salud general (GHQ-28)

TABLA 3.1

Síntomas psicósomáticos

Síntomas Psicósomáticos		
Estado	fr	%
Caso	5	33,33
No Caso	10	66,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

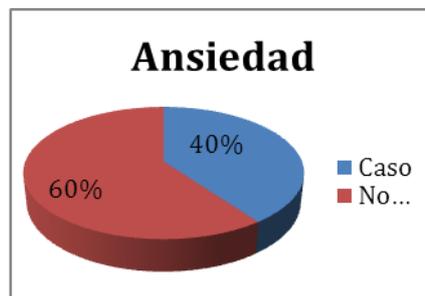
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que a pesar de que la mayoría de los médicos no presentan síntomas psicósomáticos, hay un grupo importante que representa el 33% que si los presenta, evidenciándose cierto grado de estrés laboral, lo cual debería ser tomado en cuenta con el fin de tomar medidas preventivas en todos los ámbitos. Resulta ser un indicador importante dado que estos síntomas no están en relación con factores sociodemográficos, puede resultar, más bien, de características de personalidad y/o de salud.

TABLA 3.2

Nivel de ansiedad

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	6	40
No Caso	9	60
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

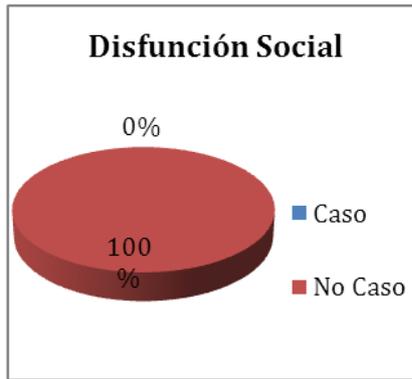
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede ver que de los médicos entrevistados, seis de ellos presentan niveles de ansiedad considerables, sin llegar a dar positivo para burnout, pero que es un aspecto que tiene que ser revisado con el fin de prevenir futuras complicaciones o aparición del síndrome.

TABLA 3.3

Disfunción social

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

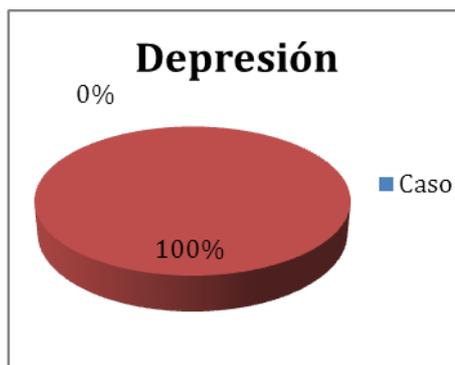
Elaborado por: Autora

En este grafico se puede observar que en ninguno de los médicos se evidencian síntomas de disfunción social, dando negativo para el síndrome de burnout.

TABLA 3.4

Nivel de depresión

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

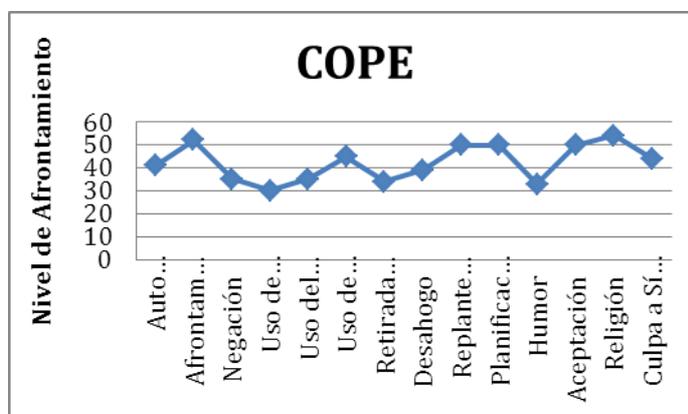
En esta tabla se puede observar que en ninguno de los médicos se presentan niveles de depresión que deban ser tomados en consideración.

5.1.4. Cuestionario de afrontamiento (BRIEF – COPE)

TABLA 4.1

Estrategias de afrontamiento utilizadas

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	41
Afrontamiento Activo	52
Negación	35
Uso de Sustancias	30
Uso del Apoyo Emocional	35
Uso de Apoyo Instrumental	45
Retirada de Comportamiento	34
Desahogo	39
Replanteamiento Positivo	50
Planificación	50
Humor	33
Aceptación	50
Religión	54
Culpa a Sí Mismo	44



Fuente: SOLCA

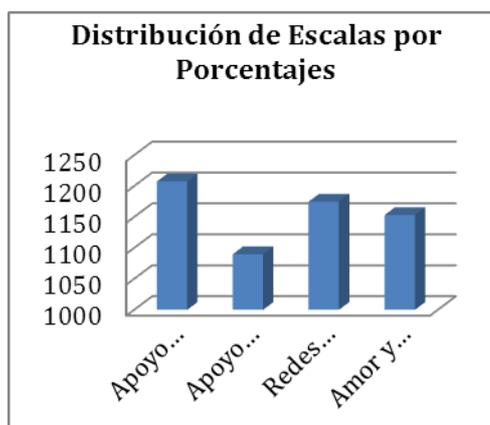
Elaborado por: Autora

De acuerdo a esta tabla se puede ver que el grupo de médicos estudiados obtuvo una alta puntuación en religión, seguida de afrontamiento activo, aceptación, planificación y replanteamiento positivo. Las creencias han sido siempre un factor que favorece la resiliencia del ser humano. Las puntuaciones más bajas fueron las de uso de sustancias, humor, negación y retirada del comportamiento.

5.1.5. Cuestionario de apoyo social (AP)

TABLA 5.1

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1207,5
Apoyo Instrumental	1090
Redes Sociales	1175
Amor y Cariño	1153,33



Fuente: SOLCA

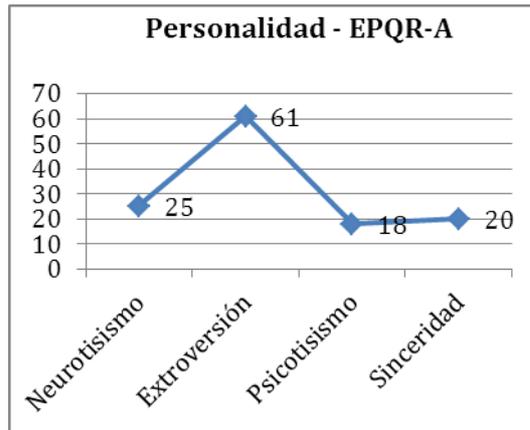
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede ver que este grupo de médicos recibe en general alto apoyo emocional, posee buenas redes sociales y recibe amor y cariño de sus seres queridos, lo cual significa un importante soporte emocional para su salud.

5.1.6. Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

TABLA 6.1

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	25	20,16
Extroversión	61	49,19
Psicoticismo	18	14,51
Sinceridad	20	16,12
TOTAL		100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

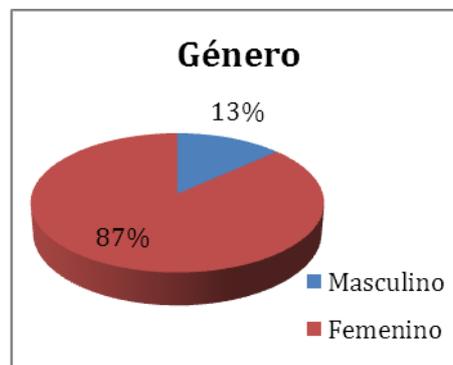
En esta tabla se puede observar que entre los rasgos de personalidad de los médicos, existe un alto porcentaje de extroversión, porcentajes de psicoticismo como de neuroticismo, así como un porcentaje de sinceridad. La muestra se divide en diversos rasgos de personalidad que favorece el encubrimiento de comportamientos que pueden evidenciar niveles de burnout, bajos, medios y altos.

5.2. Resultados de los cuestionarios realizados a enfermeros.

5.2.1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral

TABLA 1.1
Género de los enfermeros entrevistados

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	2	13,33
Femenino	13	86,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

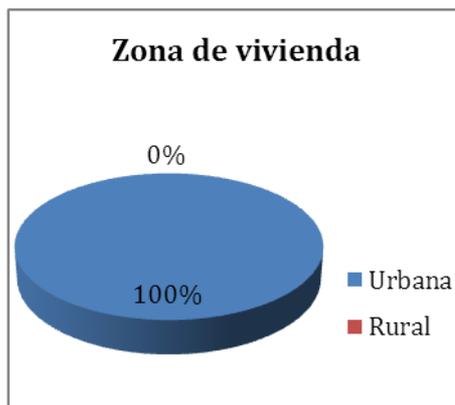
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que entre los enfermeros entrevistados, la mayoría son mujeres y la minoría hombres. Esto indica que es una profesión eminentemente femenina en nuestro medio.. Conlleva otros factores, como pueden ser la tendencia femenina de la emocionalidad.

TABLA 1.2

Zona donde viven los enfermeros entrevistados

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



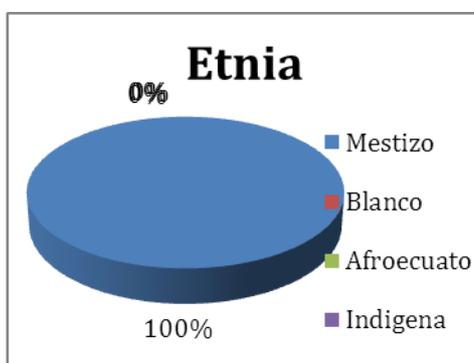
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que entre los enfermeros entrevistados todos trabajan en una zona urbana, en la ciudad de Guayaquil. 854El trabajo en zonas urbanas significa mayor índice de estrés que en zonas rurales.

TABLA 1.3
Etnia de los enfermeros entrevistados

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	15	100
Blanco	0	0
Afro ecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	15	100



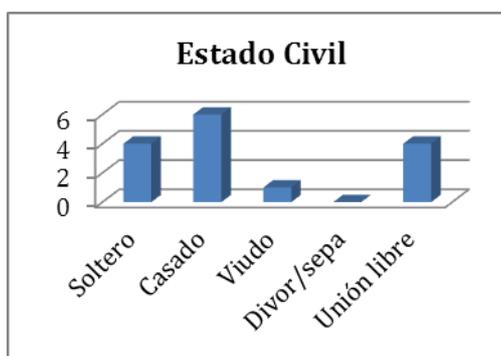
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que el total de enfermeros entrevistados pertenecen a la raza mestiza.

TABLA 1.4
Estado civil de los enfermeros entrevistados

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	4	26,66
Casado	6	40
Viudo	1	6,66
Divor/sepa	0	0
Unión libre	4	26,66
TOTAL	15	100



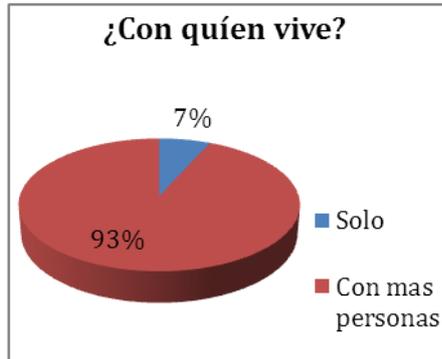
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar la mayoría de enfermeros investigados son casados, seguidos por los solteros y viudos. Destaca la presencia de las uniones libres que, a menudo, son vivencias que provocan estrés pues no cuentan con estabilidad en sus interrelaciones personales.

TABLA 1.5
Con quién viven los enfermeros

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	1	6,66
Con mas personas	14	93,33
TOTAL	15	100



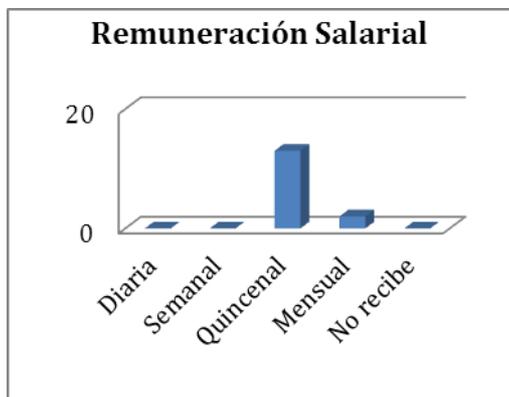
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que el porcentaje mayor de enfermeros viven con otras personas y solo un número pequeño de enfermeros, viven solos.

TABLA 1.6
Remuneración salarial de los enfermeros estudiados

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	13	86,66
Mensual	2	13,33
No recibe	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

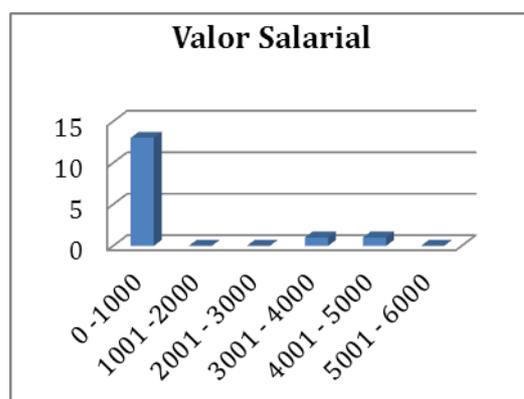
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que hay un mayor porcentaje de enfermeros que reciben un sueldo quincenal, frente a los que lo hacen mensualmente.

TABLA 1.7

Salario percibido por los enfermeros

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	13	86,66
1001 -2000	0	0
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	1	6,66
4001 - 5000	1	6,66
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100



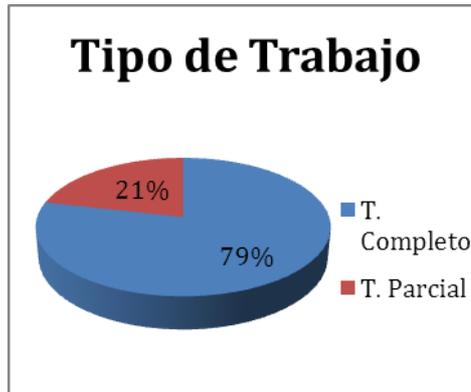
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que la mayoría de enfermeros reciben un salario que oscila entre los 0 a 1000 dólares mensuales y que otra cantidad menor de enfermeros reciben salarios entre los 3000 y 5000 dólares. La diversidad no es mayor, por ello podría encontrarse ciertos niveles de conformidad económica en la institución.

TABLA 1.8
Tipo de trabajo de los enfermeros

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	11	78,57
T. Parcial	3	21,42
TOTAL	14	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

Se puede observar en esta tabla que la mayoría de enfermeros tiene un tipo de trabajo de tiempo completo y tan solo menos de la cuarta parte de la población posee un trabajo de tiempo parcial.

TABLA 1.9
Sector donde trabajan los enfermeros

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	1	6,66
Privado	13	86,66
Ambos	1	6,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla podemos observar que la mayoría de enfermeros trabajan en el sector privado y solo una porción minoritaria lo hace en el sector público o ambos. Un trabajo privado asume ciertas características que posibilitan cierto nivel de adaptación de quienes se desenvuelven en ellos.

TABLA 1.10

Tipo de contrato que poseen los enfermeros

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	6,67
Ocasional	0	0
Plazo fijo	2	13,33
Indefinido	11	73,33
Serv. Profes	1	6,666
Ninguno	0	0
TOTAL	15	100

PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	7,5
SEMANALES	39,26



Fuente: SOLCA

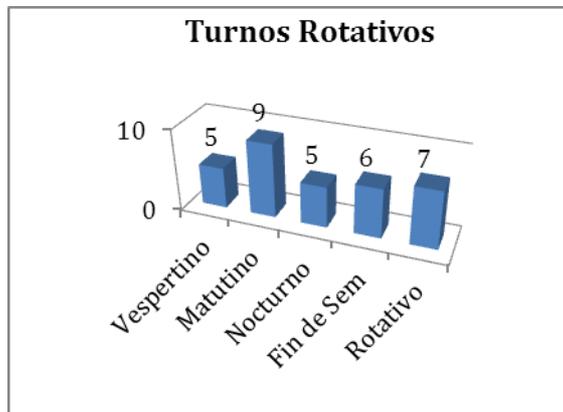
Elaborado por: Autora

De los enfermeros entrevistados, la mayoría cuenta con un tipo de contrato laboral indefinido, un porcentaje menor labora con contrato a plazo fijo y un porcentaje menor con contrato por servicios profesionales y eventual. Puede surgir de esta realidad cierta estabilidad emocional en cuanto a situación laboral se refiere.

TABLA 1.11

Turnos que cumplen los enfermeros entrevistados

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	5	15,625
Matutino	9	28,125
Nocturno	5	15,625
Fin de Sem	6	18,75
Rotativo	7	21,875
TOTAL	32	100



GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	5,13
DÍAS	1,4

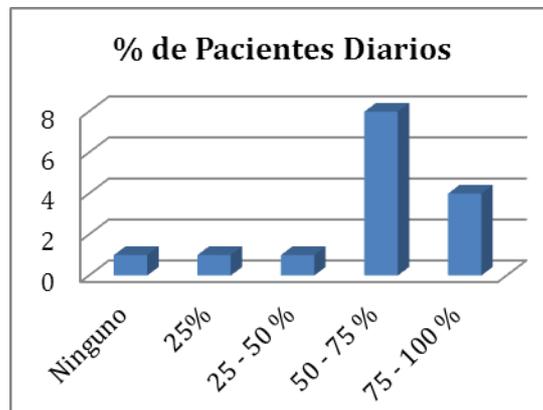
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En este cuadro se puede observar que los enfermeros en su mayoría trabajan en turnos matutinos seguidos de turnos rotativos. Con menor frecuencia realizan turnos nocturnos y vespertinos, así como turnos durante fines de semana. Realizan en promedio 5,13 horas de guardia nocturna a la semana, cada 1,4 días.

TABLA 1.12
Porcentaje de pacientes vistos

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	1	6,66
25%	1	6,66
25 - 50 %	1	6,66
50 - 75 %	8	53,33
75 - 100 %	4	26,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

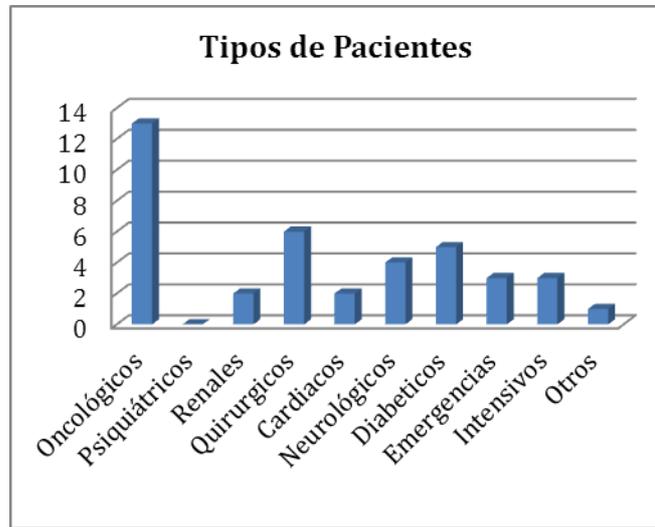
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que los enfermeros en su mayoría ven un promedio diario alto de pacientes y solo una minoría no ve pacientes. Esto podría significar un aumento del estrés al que están sometidos estos profesionales.

TABLA 1.13
Tipo de pacientes vistos

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	13	33,33
Psiquiátricos	0	0
Renales	2	5,12
Quirúrgicos	6	15,38
Cardiacos	2	5,12
Neurológicos	4	10,25
Diabéticos	5	12,82
Emergencias	3	7,69
Intensivos	3	7,69

Otros	1	2,56
TOTAL	39	100



Fuente: SOLCA

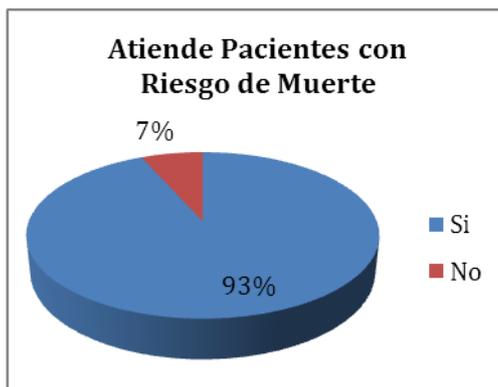
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que la mayoría de pacientes atendidos por los enfermeros son oncológicos, seguidos por los quirúrgicos, diabéticos y neurológicos. La especialidad supone gran conocimiento y responsabilidad en cuidados y seguimiento, lo que conlleva altas probabilidades de estrés.

TABLA 1.14

Atención a pacientes con riesgo de muerte

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	14	93,33
No	1	6,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

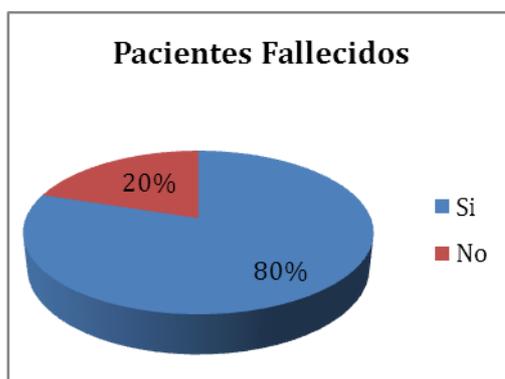
Elaborado por: Autora

En esta tabla se observa que la clase de paciente que en su mayoría atienden los enfermeros, tienen peligro de muerte, de allí la presencia diaria de situaciones desestabilizadoras.

TABLA 1.15

Pacientes fallecidos de los enfermeros entrevistados

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	12	80
No	3	20
TOTAL	15	100



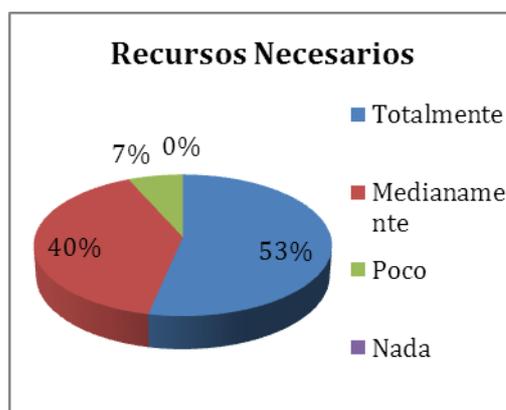
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que más de las tres cuartas partes de los enfermeros entrevistados, ha tenido pacientes que han fallecido.

TABLA 1.16
Cuenta con los recursos necesarios para su trabajo

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	8	53,33
Medianamente	6	40
Poco	1	6,66
Nada	0	0
TOTAL	15	100



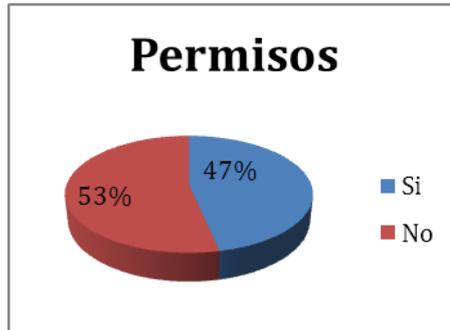
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

Se puede observar en esta tabla que la mayoría de los enfermeros consideran que reciben total y medianamente los recursos necesarios para desempeñar su trabajo en la institución.

TABLA 1.17
Permisos solicitados por los enfermeros

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	7	46,66
No	8	53,33
TOTAL	15	100



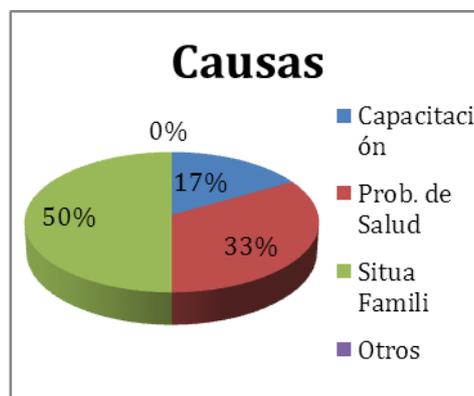
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se observa que aproximadamente un poco más de la mitad de los enfermeros no pidió permiso durante el último año, mientras que un número menor si lo hizo. Se evidencia que todos tienen necesidades que atender, sean personales o profesionales.

TABLA 1.18
Causas para los permisos

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	1	16,66
Prob. De Salud	2	33,33
SituaFamili	3	50
Otros	0	0
TOTAL	6	100



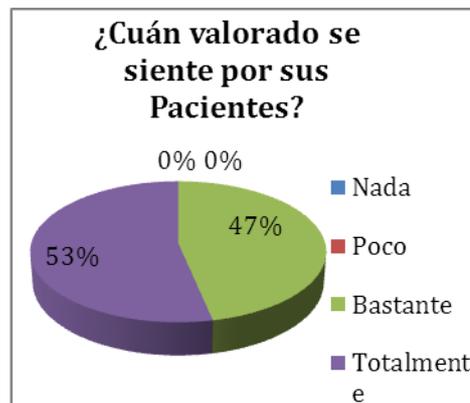
Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se ve que, de las personas que si pidieron permiso, las causas fueron en su mayoría por motivos de situaciones familiares, seguido por causas de problemas de salud y una minoría por capacitación.

TABLA 1.19
Cuan valorado se siente por sus pacientes

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46,666
Totalmente	8	53,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

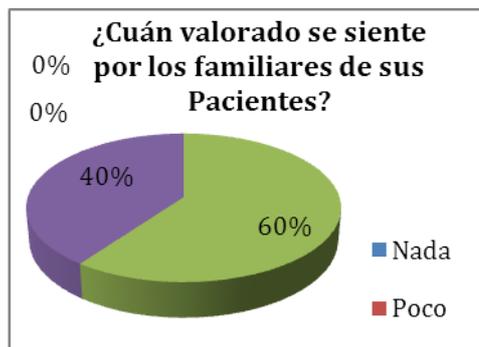
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que los enfermeros en su mayoría se sienten totalmente valorados por sus pacientes y un poco menos de la mitad de ellos se sienten bastante valorado. En general, todos los enfermeros entrevistados se sienten valorados por sus pacientes. Ello posibilita un apoyo emocional que permite conductas de resiliencia en los investigados.

TABLA 1.20

Cuan valorado se siente por los familiares de los pacientes

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	9	60
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

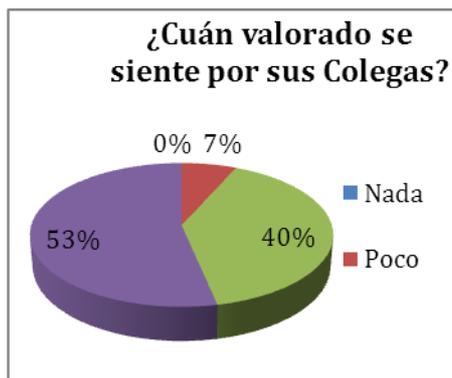
Elaborado por: Autora

De los enfermeros entrevistados, la mayoría se siente bastante valorados por los parientes de sus pacientes. Son una minoría quienes se sienten totalmente valorados por ellos. En general tienen un muy buen sentido de valoración en este aspecto.

TABLA 1.21

Cuan valorado se siente por sus colegas

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66
Bastante	6	40
Totalmente	8	53,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que la mayoría de los enfermeros se siente totalmente valorados por sus colegas, un grupo menor se siente bastante valorado y solo un grupo reducido de enfermeros se siente poco valorado por sus pares. Esta poca valoración supone un comportamiento no tan adecuado, es pertinente tenerlo presente.

TABLA 1.22

Cuan valorado se siente por los directivos

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	2	13,33
Poco	5	33,33
Bastante	6	40
Totalmente	2	13,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que de los enfermeros entrevistados, más de la cuarta parte, se siente bastante valorado por los directivos de la institución, seguido por quienes se sienten poco valorados. Existen también grupos minoritarios que se sienten nada o totalmente valorados por los directivos. Conviene anotar que los poco valorados demostrarán comportamientos o actitudes negativas, que, de ser muy frecuente, costará revertir en otros comportamientos.

TABLA 1.23

Cuan satisfecho está con el trabajo que realiza

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66
Bastante	2	13,33
Totalmente	12	80
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

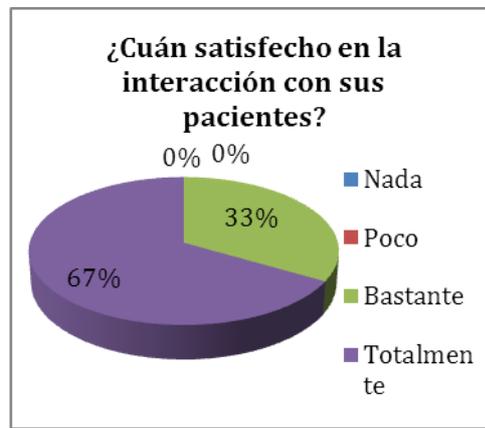
Elaborado por: Autora

En este cuadro se puede observar que un alto porcentaje de enfermeros está totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, y solo un porcentaje menor dice sentirse poco satisfecho.

TABLA 1.24

Cuan satisfecho esta con la interacción con pacientes

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	5	33,33
Totalmente	10	66,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

Este cuadro indica que de todos los enfermeros entrevistados, un poco más de la mitad de ellos, dice estar totalmente satisfecho con la interacción con sus pacientes y el resto dice estar bastante satisfecho, lo que demuestra que hay una satisfacción generalizada de los enfermeros en lo que respecta a la interacción con los pacientes.

TABLA 1.25

Cuan satisfecho está con el apoyo de los directivos

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66
Poco	6	40
Bastante	5	33,33
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

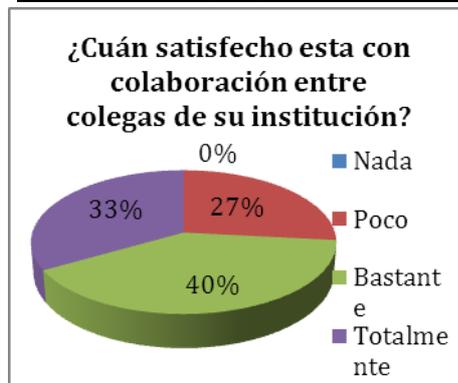
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que la mayoría de enfermeros se siente poco apoyado por la directiva de la institución, factor que se podría contradecir con la interrogante anterior. Un porcentaje menor se siente bastante apoyado y un grupo aun menor se siente totalmente apoyado. La minoría de los enfermeros dicen sentirse nada apoyados.

TABLA 1.26

Cuan satisfecho está con la colaboración de sus colegas

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	26,66
Bastante	6	40
Totalmente	5	33,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

De acuerdo a esta tabla vemos que la mayoría de los enfermeros está bastante y totalmente satisfechos con la colaboración entre colegas y un porcentaje aparentemente menor esta poco satisfecho al respecto.

TABLA 1.27

Cuan satisfactoria es su experiencia profesional

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	20
Bastante	5	33,33
Totalmente	7	46,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que los enfermeros están en su mayoría totalmente satisfechos con su experiencia laboral y un porcentaje importante está bastante satisfecho con ella. Solo un porcentaje minoritario de ellos dice estar poco satisfecho con su experiencia laboral.

TABLA 1.28

Cuan satisfecho está con su economía

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66
Poco	8	53,33
Bastante	4	26,66
Totalmente	2	13,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

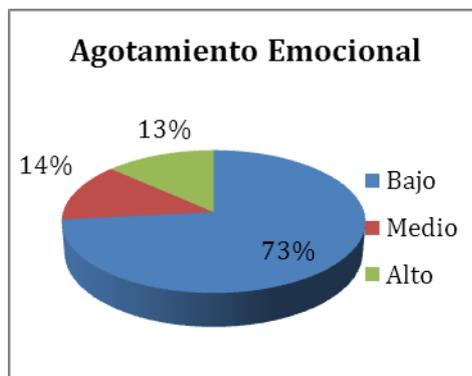
De acuerdo a esta tabla se puede apreciar que la mayoría de los enfermeros entrevistados, están poco satisfechos con su economía. Un poco más de la cuarta parte de ellos está bastante satisfecho y un porcentaje minoritario está entre totalmente y nada satisfechos. Esto indica que la mayoría de ellos está entre poco y nada satisfechos con su economía.

5.2.2 Cuestionario de MBI

TABLA 2.1

Agotamiento emocional

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	11	73,33
Medio	2	13,33
Alto	2	13,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

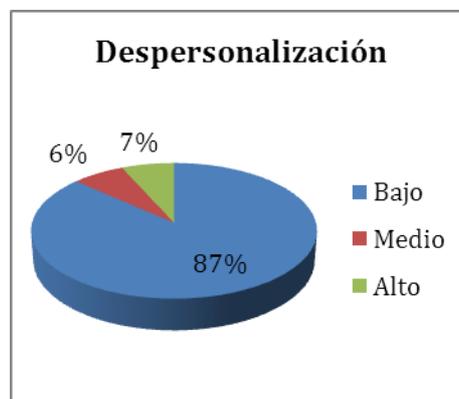
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que un alto porcentaje de enfermeros entrevistados presentan un nivel bajo de agotamiento emocional. Solo un porcentaje pequeño lo presenta como alto. La presencia de medios y altos niveles de agotamiento emocional dejan entrever la probabilidad de que se deteriore la calidad de vida de quienes trabajan en la institución, es decir es un indicador de esta posibilidad.

TABLA 2.2

Despersonalización

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	13	86,66
Medio	1	6,66
Alto	1	6,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

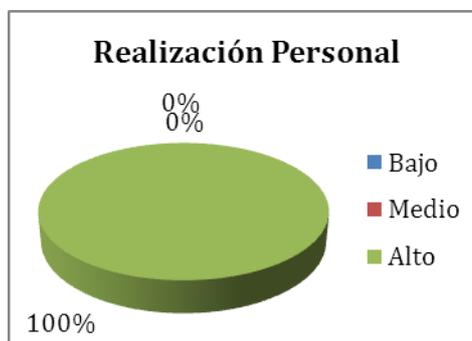
Elaborado por: Autora

En este cuadro se puede ver que el grupo de enfermeros entrevistados, presenta una baja despersonalización, lo cual es otro de los indicadores de la ausencia de burnout. Siguen presente, eso sí, los casos que presentan medio y alto nivel de agotamiento emocional.

TABLA 2.3

Realización personal

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

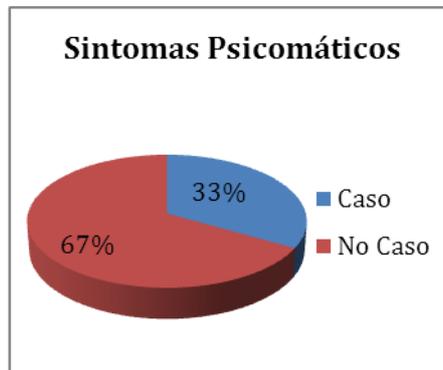
En esta tabla se evidencia que el total de enfermeros entrevistados, tienen alta realización personal, lo cual justifica en parte la ausencia de burnout en este grupo. Se contradice con los resultados de medio y alto nivel de agotamiento emocional y despersonalización que asomaron en resultados anteriores.

5.2.3. Cuestionario de salud general (GHQ-28)

TABLA 3.1

Síntomas psicossomáticos

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	5	33,33
No Caso	10	66,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

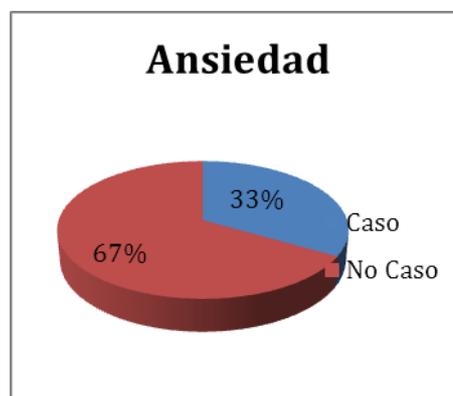
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que a pesar de que la mayoría de los enfermeros no presentan síntomas psicósomáticos, hay un grupo importante que representa el 33% que si los presenta, evidenciándose cierto grado de estrés laboral, lo cual debería ser tomado en cuenta con el fin de tomar medidas preventivas en todos los ámbitos .

TABLA 3.2

Nivel de ansiedad en los enfermeros

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	5	33,33
No Caso	10	66,66
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

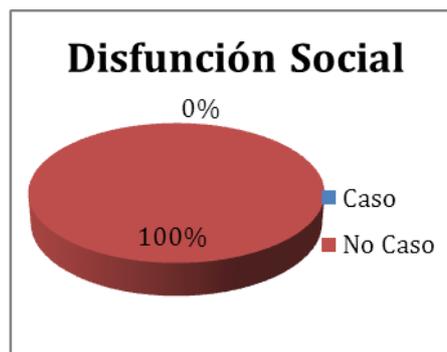
Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede ver que de los enfermeros entrevistados, cinco de ellos presentan niveles de ansiedad considerables, sin llegar a dar positivo para burnout, pero que es un aspecto que tiene que ser revisado con el fin de prevenir futuras complicaciones o aparición del síndrome. Se relaciona con el número de casos de los primeros resultados,

TABLA 3.3

Disfunción social

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

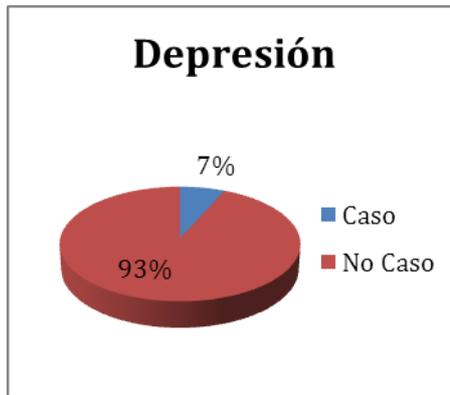
Elaborado por: Autora

En este gráfico se puede observar que en ninguno de los enfermeros se evidencian síntomas de disfunción social, dando negativo para el síndrome de burnout.

TABLA 3.4

Nivel de depresión

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	1	6,66
No Caso	14	93,33
TOTAL	15	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

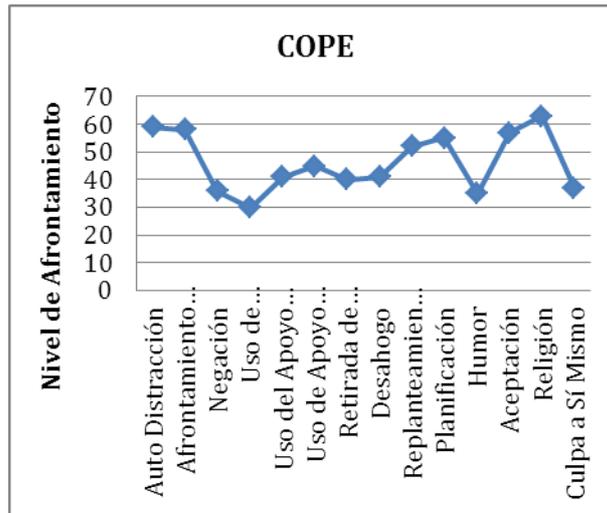
En esta tabla se puede observar que existe 1 caso que presenta niveles de depresión, poniendo en evidencia una posible aparición del síndrome que debería ser investigado para su prevención.

5.2.4. Cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE)

TABLA 4.1

Técnicas de afrontamiento utilizadas por los enfermeros

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	59
Afrontamiento Activo	58
Negación	36
Uso de Sustancias	30
Uso del Apoyo Emocional	41
Uso de Apoyo Instrumental	45
Retirada de Comportamiento	40
Desahogo	41
Replanteamiento Positivo	52
Planificación	55
Humor	35
Aceptación	57
Religión	63
Culpa a Sí Mismo	37



Fuente: SOLCA

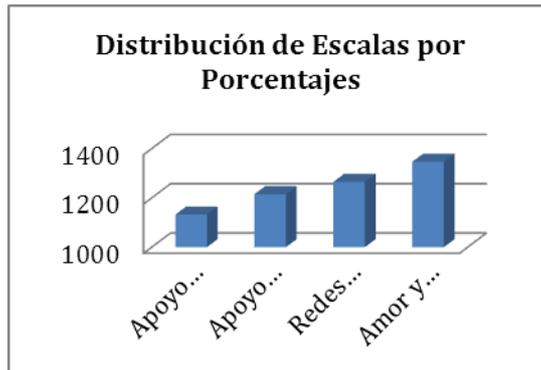
Elaborado por: Autora

De acuerdo a esta tabla se puede ver que el grupo de enfermeros estudiados obtuvo una alta puntuación en religión, seguida de auto distracción, afrontamiento activo y aceptación. Las puntuaciones más bajas fueron las de uso de sustancias, humor, negación y culpa a sí mismo. La utilización de modos adecuados de afrontamiento en este grupo, podría estar justificando la ausencia del síndrome.

5.2.5. Cuestionario de Apoyo Social (AP)

TABLA 5.1

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1132,5
Apoyo Instrumental	1215
Redes Sociales	1265
Amor y Cariño	1346,667



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

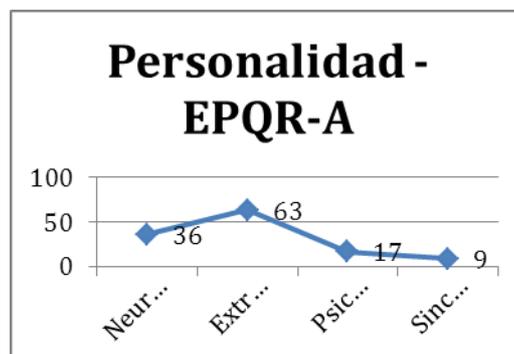
En esta tabla se puede ver que este grupo de enfermeros recibe en general alto apoyo emocional, posee buenas redes sociales y recibe amor y cariño de sus seres queridos, lo cual significa un importante soporte emocional para su salud mental.

5.2.6. Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

TABLA 6.1

Tipo de personalidad de los enfermeros entrevistados

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	36	28,8
Extroversión	63	50,4
Psicoticismo	17	13,6
Sinceridad	9	7,2
TOTAL	125	100



Fuente: SOLCA

Elaborado por: Autora

En esta tabla se puede observar que entre los rasgos de personalidad de los enfermeros, existe un alto porcentaje de extroversión, bajos porcentajes de psicoticismo como de sinceridad, así como un porcentaje medio de neuroticismo. La variabilidad en los rasgos de personalidad nos propone que estas características guardan estrecha relación con la presencia o no de niveles del síndrome.

6. DISCUSIÓN

La presente investigación trata el tema del burnout que se define como un síndrome de fatiga emocional que se presenta en individuos en los que su trabajo les obliga a estar interactuando constantemente con otras personas. Estos individuos tienen en común profesiones en las que se les demanda la atención a otros y que presentan una sintomatología muy diversa en ámbitos como el cognitivo, somático y emocional, dando como resultado un desbalance general que repercute en la vida personal y laboral del trabajador.

Por todo lo expuesto, se ha visto la necesidad de identificar la presencia del Burnout en el Ecuador e identificar cuales son los factores que se relacionan con su aparición en nuestro medio. Se ha encontrado que existen muchos factores de diversa naturaleza que influyen el desarrollo de este síndrome.

Entre los factores demográficos, de acuerdo a la información obtenida, las mujeres son mas propensas que los hombres a sufrir burnout. En esta investigación, hubieron mas médicos hombres que mujeres, pero más enfermeras mujeres que hombres. Aun así, la incidencia del síndrome fue de cero, pero hubieron dos casos aislados entre el grupo de enfermeras y médicos que presentaron un porcentaje elevado de ansiedad y depresión, lo que podría confirmar esta tendencia. (tabla 3.4 enfermeras)

El estado civil es otro factor que se ha visto que influye en este síndrome, donde los casados son menos propensos a desarrollarlo frente a los divorciados. En este grupo de personas estudiadas, la mayoría esta casada y solo una minoría es divorciada, lo cual explicaría la ausencia del síndrome. Se ha encontrado también que personas que viven solas son más susceptibles a padecer este síndrome, pero en esta investigación solo un porcentaje muy bajo vivía solo, frente a un porcentaje mayor al 85% que vivía acompañado de algún familiar, lo cual corrobora que vivir en compañía de otros, es un factor inhibitorio .

Otro factor a tomar en cuenta en el desarrollo de este síndrome, por el alto grado de estrés que produce, es el tipo de trabajo que tienen las personas, las horas que trabajan, los turnos que cumplen, el tipo de contrato que tienen, etc., ya que, a mayor horas de trabajo y turnos, mayor estrés y también mayor riesgo de padecer el síndrome. En este estudio se pudo encontrar que la mayoría de los entrevistados, tenían un contrato a plazo fijo, lo que otorga seguridad laboral y reduce el estrés. Por

otro lado, se hizo evidente que la mayoría de médicos y enfermeras/os, en especial estos últimos, cumplían turnos rotativos y muchas horas de trabajo, lo cual es un factor de riesgo, pero que en estos casos, no ha incidido en la aparición del burnout, tal vez por la existencia de factores inhibidores como afrontamiento asertivo, apoyo social, y otros que se describen mas adelante. Llama la atención que en su gran mayoría, aspectos como aceptación y reconocimiento proveniente tanto de colegas, familiares de pacientes, pacientes y hasta directivos, tiene los niveles mas altos en las encuestas. Estos datos refuerzan el alto grado de satisfacción laboral entre este grupo de profesionales y también podría justificar en parte la no aparición del síndrome, pese a estar expuestos a otros estresores en su ámbito laboral. De acuerdo a estudios realizados, los empleados con mayor satisfacción y reconocimiento en sus trabajos tienen índices mas bajos de burnout que el resto de profesionales estudiados.

Mas del 87% de estos médicos ven a pacientes con peligro de muerte y la mayoría con problemas oncológicos, al igual que los enfermeros, lo cual significa un elevado índice de estrés para los profesionales de la salud y por consiguiente un importante factor de riesgo. En estudios realizados en otros países, se ha encontrado que la población de profesionales que tienen contacto con pacientes terminales o con peligro de muerte, tienen una alta incidencia de burnout.

Los síntomas mencionados y su incidencia en este estudio, podrían explicar los resultados en el cuestionario de Burnout, en el que para que se presente el síndrome, tiene que haber, en primer lugar, alto agotamiento emocional, que implica que la persona presenta una progresiva pérdida de energía y una desproporción entre el cansancio que experimenta y el trabajo realizado, además de constantes quejas por la cantidad de trabajo y el poco disfrute de las tareas. En la presente investigación, esa incidencia es baja , habiendo únicamente unos pocos casos de niveles alto y medio. En segundo lugar, una alta despersonalización, que implica un distanciamiento, cambios negativos en las actitudes con los demás, irritabilidad y falta de motivación para el trabajo, lo que en este caso tampoco se cumple, pues el nivel de despersonalización en general bajo en estos profesionales, corroborando la alta motivación en general para el trabajo. Y en tercer lugar una baja realización personal , que se manifiesta con pérdida de ideales, distanciamiento de actividades sociales, familiares y recreativas, dando como resultado sentimientos de poca valía.

En este estudio, ninguno de estos aspectos definitorios en el diagnóstico de burnout han sido predominantes, pues como se vio anteriormente, la mayoría ha manifestado

síntomas contrarios que hacen que no se manifieste en ninguno de los 30 casos investigados, este síndrome.

De acuerdo al inventario de Burnout (MBI) aplicado a médicos se puede observar que la incidencia del síndrome de burnout es cero tanto en médicos como en enfermeros, sin embargo en el grupo de los médicos se pudo observar que uno de ellos presenta puntuaciones alta en agotamiento emocional (lo que significa que presenta una progresiva pérdida de las energías vitales y en la desproporción creciente en el trabajo realizado y el cansancio experimentado, se encuentra irritable, se queja constantemente por la cantidad de trabajo realizado y pierde la capacidad de disfrutar de las tareas) y media en despersonalización (lo que significa que cuando el trabajo se torna muy fuerte, se torna un poco distante con los demás, caso contrario se interesa en brindarles una buena atención), lo que podría indicar una posible tendencia a desarrollar el síndrome o puede tratarse únicamente de alguna situación temporal. A sí mismo en el grupo de los enfermeros encontramos a dos profesionales de la salud que presentan alto en agotamiento emocional y medio en despersonalización, y el segundo medio en agotamiento emocional y alto en despersonalización. Todos ellos tienen una alta puntuación en realización personal, lo que significa que son personas que se sienten muy satisfechas con el trabajo que realizan y además sienten ganas de realizarlo cada vez mejor. Este factor estaría actuando en este caso como paliativo o inhibidor de los otros factores, sumados a otros datos encontrados como el apoyo social, el tipo de respuesta a los estresores, personalidad y otros más que también son factores inhibitorios y que están presentes en la mayoría de los profesionales que participaron en este estudio., de ahí la ausencia del síndrome en ellos.

De los profesionales investigados, hubieron unos pocos que presentaron síntomas de ansiedad y depresión. La presencia de ansiedad evidencia síntomas como de dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad. La presencia de depresión indica que existen síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, y deseo de quitarse la vida. Esto nos dice que pese a que los profesionales no presentan el síndrome, si están expuestos a factores diversos de estrés fuerte, que les provoca estos síntomas y que se deben tomar medidas para evitar su posible desarrollo.

En cuanto al cuestionario de afrontamiento, entre los médicos y enfermeros/as, la mayoría ellos utiliza la religión como modo de afrontamiento, lo que significa que cuando tienen alguna situación que les causa estrés, acuden a realizar actividades

religiosas ya que estas los hacen sentirse bien. Esto puede deberse a que es un país donde el catolicismo es la religión más practicada y porque tendemos a aferrarnos a la espiritualidad cuando las cosas no salen como quisiéramos y nos es difícil aceptarlo. Esto tiene su parte positiva y negativa. Positiva porque la persona no se desespera tan rápido y puede servirle como bálsamo para ayudarlo a sobrellevar problemas difíciles de resolver. Es negativo cuando las personas pierden objetividad y no ven más allá de su fe y dejan de hacer o actuar frente a un problema, esperando que se resuelva solo por efecto de ella.

Otro modo de afrontamiento utilizado con frecuencia entre los médicos y enfermeros es el afrontamiento activo, lo que significa que estas personas realizan acciones específicas y útiles para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés como realizar actividades de ocio, compartir con otros, divertirse, relajarse, etc. Esto nos indica nuevamente la ausencia del síndrome en este grupo, ya que este es uno de los modos de afrontamiento más eficaces frente al estrés..

Como podemos ver, ambos grupos utilizan casi los mismos métodos de afrontamiento bastante efectivos que actúa como inhibidor de la aparición de burnout.

De acuerdo al cuestionario de apoyo social, se encontró que los médicos así como los enfermeros, reciben un tipo de apoyo emocional en primer lugar, seguido por un apoyo de redes sociales, es decir que recibe cuidado, amor, confianza y empatía, así como busca disiparse manteniendo contacto social. Pero en general, la puntuación de todo el grupo es muy alta. Esto significa que cuentan con un buen círculo de apoyo social lo cual les permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, ya que cuando existe una buena comunicación interpersonal, se pueden modular los efectos negativos del estrés sobre la salud de la persona.

Con respecto al cuestionario de personalidad (EPQR-A), se evidenció que en ambos grupos de profesionales, es decir médicos y enfermeros, el rasgo que predomina es la extroversión, lo que significa que en su mayoría, son personas sociables, que les gusta las fiestas, que tiene muchos amigos y les gusta hablar con ellos. Son arriesgados, le gustan las bromas, los cambios y son condescendientes. Tienden a ser agresivos y perder los nervios fácilmente.

Este rasgo de personalidad hace que tenga menos riesgo de padecer burnout, frente a personas cuyo rasgo predominante es el neuroticismo o el psicoticismo, en cuyo caso podría tener una tendencia a desarrollar el síndrome, ya que personas con un índice

elevado de psicoticismo por ejemplo, se caracterizan por ser personas solitarias, a quienes les tiene sin cuidado la gente, problemáticas y que no encajan en ningún sitio. Puede ser inhumana, insensible y carente de empatía, disfruta de ridiculizar a la gente y es poco sociable, características que hacen que la gente se aleje de ellas y a la larga las haga sentir poco aceptadas, provocando mas agresividad en ellas y sentimientos de poca aceptación.

En el caso de personas con elevado índice de neuroticismo, se caracterizan por cambios bruscos de humor y constante depresión, problemas de sueño y trastornos psicosomáticos. Constantemente están ansiosas y preocupadas porque algo salga mal y reaccionan de una manera exagerada e irracional ante situaciones que le irritan. Estas características de personalidad, predisponen a que la persona sea una candidata ideal para contraer el síndrome, por el alto nivel de ansiedad y depresión presentes en una persona.

El burnout se caracteriza por despersonalización, baja realización personal, y agotamiento o cansancio emocional, todo ello causado por la exposición prolongada a estresores, acompañado de otros factores personales y sociales que hacen más fácil su aparición.

En general, este grupo de profesionales estudiados, cuenta con las herramientas necesarias para manejar de una manera sana el estrés, razón por la cual no se encontró ni un solo caso de burnout. Pese a ello como ya comenté, se evidenció a unos cuantos profesionales con síntomas que nos podrían hacer pensar de una posible aparición posterior del síndrome.

Factores protectores como el apoyo social, la personalidad, métodos de afrontamiento y condiciones demográficas, han evitado hasta ahora en este pequeño grupo la aparición de este mal, pero podría manifestarse en los profesionales de la muestra que manifestaron sintomatología de burnout.

En comparación con los estudios en médicos latinoamericanos, este grupo no presenta ningún caso de burnout. Los factores demográficos como sexo, estado civil, número de hijos, horas de trabajo, turnos, satisfacción laboral y otros, no tuvo relación con las teorías presentadas, ya que en la muestra habían mujeres, divorciadas, con varios hijos, realizando turnos por largas horas y pese a ello no tuvimos ningún caso de burnout. Esto puede deberse a los buenos modelos de afrontamiento que posee el

grupo un adecuado apoyo social, los cuales van a atenuar el estrés provocado por el trabajo diario.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los objetivos planteados al inicio de esta investigación, se puede concluir que no se detecta la presencia del síndrome de burnout en el grupo de médicos y enfermeros que participaron en este estudio.

- Se detectaron casos con ciertos síntomas que forman parte del síndrome, pero que no cumplían con las condiciones para un diagnóstico positivo de este. Como consecuencia de este resultado, se puede afirmar que en general, la salud mental de los trabajadores de la salud es buena. Se concluye además que tanto los médicos como los enfermeros que participaron en este estudio de investigación, en su mayoría cuentan con un buen apoyo social y buenos métodos de afrontamiento ante situaciones adversas, lo que explica la ausencia del síndrome en este grupo de profesionales.
- Otro factor determinante en la ausencia del síndrome fue la prevalencia de rasgos de personalidad que ayudan al profesional a permanecer mentalmente sano. Abarcando un nivel más individual se pudo ver que en este grupo existen profesionales que presentan ciertos síntomas propios del burnout y que pueden llegar a desarrollarlo si no se toman medidas correctivas y preventivas inmediatamente.
- Personalmente pienso que al no haber estudios profundos y confiables sobre este tema en nuestro país, no se pueden tomar medidas correctivas y es poco lo que se hace en temas de prevención. Existe en nuestro país mucha desinformación sobre el tema, lo que contribuye a que no existan planes de manejo del estrés ni cómo prevenir su aparición. Debe haber en las empresas y centros de salud a nivel nacional una reglamentación sobre los riesgos psicosociales en el trabajo y la manera cómo prevenirlos, pues actualmente es un tema prácticamente ignorado.
- Las recomendaciones al respecto son en primer lugar, se haga un seguimiento de los casos en riesgo que se detectaron en esta investigación con el fin de evitar su aparición o desarrollo. Otra recomendación es la realización de más estudios sobre el tema, en un universo más amplio con el fin de que tengamos datos concretos de nuestra realidad social y laboral.

- Es importante también que se fomente el desarrollo de campañas informativas, ya sea por parte de entes gubernamentales o privados donde se indique a la población las causas, consecuencias y modos de prevención de este síndrome.
- En cuanto a las empresas deben implementar una reglamentación para el control de aspectos determinantes en la aparición de estrés en este grupo de profesionales de la salud en lo que se refiere a horas de guardia, descanso obligatorio, sobrecarga de trabajo, entre otros y que se controle su cumplimiento.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta Vera, (2001) José María “*Como tratar con personas conflictivas*”. Profit Editorial, Barcelona,
2. Albar Marín MJ, (2004).” *Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares*”, 284, *Enfermería Clínica*14(5):281-5 28
3. Alfonso Fernández, Ma Dolores (2008), “*Prevención y detección del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios*”, pp 1-3 , artículo médico Nextgroup (recurso electrónico)
4. Cloninger, Susan C, “*Teorías de la Personalidad*”, Pearson Educacion, México, 2003
5. Colom Marañón, Roberto, “*Psicología de las Diferencias Individuales*”, Ediciones Pirámide, Madrid, 2006
6. Fidalgo Vega, Manuel, “*El estrés laboral, supérello. Estrategias, técnicas y recomendaciones*”. Editorial De Vencchi S.A. Barcelona, 2011.
7. García-Carmona, RM y Robles Ortega H. (2011) “*Personalidad Resistente y sentido de coherencia como predictores del Burnout en personal Sanitario de cuidados intensivos*”. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3) 99-112
8. Gil-Monte, P.R. (2003). “*El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería*” [The syndrome of be burnt by the work (syndrome of burnout) in infirmary professional] . *Revista Eletronica InterAção Psy*, 1(1), 19-33. <http://www.portalpsicologia.org>
9. Goleman Daniel, “*La inteligencia emocional*”, Ediciones B México, 2000
10. Gómez Ingrid Carolina, Gómez Sandra Ximena (2006), “*Síndrome de Burnout. Intervención preventiva*”. Manual para psicólogos. Pp. 57-68
11. Grau Armand, Fichtentrei Daniel, Suñer Rosa, Font- Mayolas Silvia, Prats María, Braga Florencia, Intramed. (2009),”*El síndrome de Burnout en médicos hismanoamericanos*”. , *Rev .Esp. Salud Publica* 2009; 83: 215-230, N 2
12. Martín Díaz, Ma Dolores, Jiménez Sánchez, Ma Pilar, Fernández Abasal Enrique,(1997) “*Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento*”. Vol 3, N 4. *Revista electrónica de motivación y emoción*
13. Martínez Pérez, Anabella (2010). “*El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*”. *Vivat Academia*. nº 112. Septiembre. 2010. <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
14. Morán, C., Landero, R. & González, M.T. (2010). *COPE-28: “Un análisis*

psicométrica de la versión en español del Brief COPE.

Universitas Psychologica, 9 (2), 543-552.

15. Muchinsky, Paul M, "*Psicología Aplicada al Trabajo*", Thomson Editores S.A. México. 2002
16. Myers, David G, "*Psicología Social*", Mc Graw Hill Editores, México, 2005
17. Neuwstrom, John W. "*Comportamiento Humano en el Trabajo*", Mc Graw-Hill int, Editores. 2007, Duodécima edición.
18. Ortega Ruiz Cristina, López Ríos Francisca, (2004), "*El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*". International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN 1576-7329 2004, Vol. 4, No 1, pp. 137-160
19. Sosa Overlin, Evelyn N "*Síndrome de burnout en profesionales médicos*". Revista médica de Rosario Berlin 2007, #73 12-20

9. ANEXOS

ANEXO Nro. 2



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos 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 _____

Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alergias renales Quirúrgicos Cardíacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

Anexo 2. 2

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

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

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

<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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

CERTIFICACION DE PERMISO PARA RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos de para la elaboración de este trabajo de investigación se la realizó con el apoyo de la Universidad Técnica Particular de Loja, en la persona de la Mg. Rocío Ramírez, a quien brindé apoyo logístico para tramitar el permiso en el hospital de Solca de Guayaquil y posteriormente en la recolección de datos con el grupo de enfermeras, ya que no nos fue otorgado el permiso para el estudio en médicos, la cual lo realicé de manera privada.

Al ser la universidad quien dio tramite a este permiso directamente con el Hospital en mención, me impide presentar una solicitud formal a mi nombre, por lo que adjunto y detallo los correos electrónicos enviados de y para la Mg Rocío Ramírez, en los que queda constancia de la manera como se realizo dicho levantamiento de información.

Cualquier duda al respecto, ruego solicitar un certificado a la Mg. Ramírez.

DETALLE DE CORREOS:

2 de diciembre 2011

Estimada Rocío:

Hable con un tío mío médico de Solca y me sugiere enviar el oficio al Dr. Juan Tanca, presidente de la institución.

Mañana tratare de llamar al hospital a pedir una cita con el Dr. Tanca para entregarle el oficio personalmente y explicarle el objetivo e importancia de la investigación.

Quedo a la espera del oficio en cuestión.

Saludos

Paulette

Mensaje enviado desde mi terminal BlackBerry® de Porta

Estimada Paulette agradezco la información y su gestión, el día lunes enviaré la carta, adicional a esto me permito adjuntar la información con el cambio del cuestionario de variables sociodemográficas y laborales,

Cualquier inquietud estaremos en contacto.

Saludos Cordiales,

4 de Diciembre 2011

Estimada Rocío:

El día viernes después de enviarle el mail, hablé nuevamente con la directora del área de terapia intensiva de Solca y me sugirió hablar con otra persona para tramitar el permiso para el estudio, así que le ruego no enviar nada aun hasta que yo vaya personalmente al hospital y pueda confirmar el nombre de la autoridad que nos podría ayudar.

Pronto me comunicaré con usted para hacerle saber esa información

Saludos

Paulette

6 de diciembre de 2011

Estimada Paulette

Estaré en espera de que me indique a quien podemos enviar la carta.

Gracias por su gestión.

Rocío

7 de diciembre 2011

Estimada Rocío:

Acabo de entrevistarme con la Srta. Alexandra Pino, secretaria del departamento de docencia que es el ente encargado de tramitar los permisos para este tipo de estudio que se quiere realizar.

La solicitud que debe enviar la UTPL, debe ser dirigida al

Dr. Guido Panchana Agües, Jefe del Departamento de Docencia. Solca Guayaquil

Esta será enviada a la siguiente dirección de correo electrónico:

docencia@solca.med.ec

El teléfono del departamento de docencia es 2-288088 ext 281

Hablar con la secretaria, Srta. Alexandra Pino

Me indicaron que este tramite puede durar entre una y dos semanas porque debe ir a consejo directivo

También me pidieron que la solicitud incluya toda la información sobre el tipo de estudio, objetivo, tiempo de duración, participantes, etc., y todo lo que pueda respaldar la misma.

Me comprometo a realizar un seguimiento desde acá a mi regreso el día 15 de este mes, pero de todas maneras ustedes como universidad lo pueden hacer vía telefónica con la persona arriba mencionada para poder darle agilidad al tramite.

Espero haber sido de ayuda. Estoy a las ordenes.

Paulette

El 19 de diciembre de 2011

Estimada Rocío;

Estuve revisando mi correspondencia y aun no he recibido ninguna noticia de parte de usted sobre el oficio que se debía enviar a la persona que indique en mi ultimo mail del 7 de diciembre.

Me comunico con usted recién ahora porque me encontraba fuera del país. Le rogaría que me notifique si va enviar como universidad alguna solicitud para el estudio del burnout o continuo yo sola realizando mis pruebas de manera individual.

Quedo a la espera de noticias

Saludos

Paulette Hamilton

Mensaje enviado desde mi terminal BlackBerry® de Porta

22 de diciembre 2011

Estimada Paulette:

Reciba un saludo cordial, le comento que actualmente me estoy reincorporando a la ciudad de Loja, ya que me encontraba por unos tramites académicos en la ciudad de Quito.

Le quería también comentar que en dialogo mantenido con nuestra directora hemos decido enviar la petición en el mes de Enero ya que a partir del 23 de Diciembre ya no

laboraremos en la universidad, y consideramos que se puede realizar un mejor seguimiento desde en el mes de Enero.

Agradecemos su gestión y ayuda.

Saludos Cordiales,

Mg. Rocío Ramírez Zhindón

Centro de Educación y Psicología

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Teléfono: 072570275 Ext 2343

3 de Marzo 2011

Estimada Rocío:

Antes que nada le deseo un año lleno de éxitos y muchas bendiciones.

Mi correo tiene como objeto recordarle el envío de la solicitud a SOLCA para el estudio que se va a realizar. Si por algún motivo cambiaron de opinión, le rogaría que me lo haga saber para poder continuar yo, de manera individual como lo estaba haciendo.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente

Paulette Hamilton

Mensaje enviado desde mi terminal BlackBerry® de Porta

21 Mar 2012 20:28:04

Estimada Paulette:

Reciba un saludo cordial, espero que su viaje haya culminado con éxitos y se encuentre en nuestro país.

Como se lo había indicado vía telefónica estaría pendiente la reunión con el Dr. Guido Panchana no se si nos podría ayudar a cubrir esta cita para la próxima semana con el objetivo de comenzar con la evaluación del personal médico. Como antecedentes el Dr. nos había mencionado que le parece importante el trabajo, sin embargo solicitaba otra cita y nos pidió que redireccionáramos la petición al Dr. Juan Tanca para solicitar la posibilidad de evaluar a todo el personal médico.

No se si nos podría indicar si es posible cubrir esta cita para despachar los documentos desde la ciudad de Loja??.

Agradezco su apoyo en esta gestión.

Atentamente,

Rocío Ramírez

DOCENTE UTPL

Mg. Rocío Ramírez Zhindón

Centro de Educación y Psicología

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Teléfono: 072570275 Ext 2343

30 de Marzo 2010

Estimada Paulette:

Le comento que se ha enviado el oficio con fecha actualizada en el que se solicita se pueda trabajar con una muestra del personal de médicos y enfermeras que correspondería al 45% del total del personal a esto se adjunta el protocolo de investigación y un formato de informe de consentimiento que se solicita por los aspectos éticos, esto ya ha sido enviado al centro regional de Guayaquil, estimamos que ya se encuentra allá.

Además quería comentarle que la cita esta para el día miércoles de esta semana a las 10h00 a.m. con el Dr. Panchana.

Agradezco su ayuda y colaboración en este proceso.

Saludos Cordiales,

5 de abril de 2012

Estimada Paulette:

Reciba un saludo cordial y a la vez el agradecimiento respecto por el apoyo brindado para el trabajo de recolección de datos en Solca Guayaquil, le comento que hemos estado en espera de la respuesta por escrito para comenzar a realizar el trabajo de campo, sin embargo hasta el momento no hemos recibido dicha respuesta.

El día de hoy nos hemos comunicado con la Lic. Alexandra Pino y nos menciona que no existe la autorización y que tendríamos que mantener otra reunión.

Tal vez nos podría indicar que trámite debemos de realizar ya que tenemos entendido que ya estaba la autorización y planificamos la recolección de datos para esta próxima semana?.

Saludos Cordiales,

Rocío Ramírez Zhindón

