



Universidad Técnica Particular de Loja

TITULACIÓN EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”.

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Jarrín Terán, Natalia Isabel

Director:

Alvarado Chamba, Julio César

Centro Universitario Cayambe

2012

Certificación

Lic. Julio Alvarado
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

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

Loja, agosto de 2012.

f) _____

C.I.

Acta de Cesión de Derechos de Tesis de Grado

“Yo, Natalia Isabel Jarrín Terán declaro ser autora del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad 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”

.....

Natalia Isabel Jarrín Terán

C.I. 1716383649

AUTORÍA

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

.....

Natalia Isabel Jarrín Terán

C.I. 1716383649

AGRADECIMIENTOS

A mi mami por su preocupación, acompañamiento y ayuda durante este proceso académico, y por sobre todo por ser también la mamá de mis chiquitos siempre que la necesitamos. Gracias.

Natalia Isabel Jarrín Terán

DEDICATORIA

A Ernesto y Amelia por toda la alegría que me regalan día a día.

Natalia Isabel Jarrín Terán

ÍNDICE

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Acta de Sesión de Derechos de Tesis.....	iii
Autoría.....	iv
Agradecimientos.....	v
Dedicatoria.....	vi
Índice.....	vii
1. Resumen.....	9
2. Introducción.....	10
3. Marco teórico.....	12
CAPÍTULO 1 Conceptualización del Burnout.....	12
1.1 Definiciones del Burnout	12
1.2 Modelos explicativos del burnout	13
1.3 Delimitación histórica del síndrome de burnout	14
1.4 Poblaciones propensas al burnout	15
1.5 Fases y desarrollo del síndrome de burnout	16
1.6 Características, causas y consecuencias del burnout	17
1.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout	18
CAPÍTULO 2. Conceptualización de las variables de la investigación.....	21
2.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales	21
2.1.1 Variables de riesgo y protectoras.....	21
2.1.1.1 Género.....	21
2.1.1.2 Estado civil	21
2.1.1.3 Nivel de educación.....	21
2.1.1.4 Sitio de trabajo	21
2.1.1.5 Horas de trabajo	21
2.1.2 Motivación y satisfacción laboral.....	22
2.1.3 Investigaciones realizadas	23
2.2 El burnout y la relación con la salud.....	25
2.2.1 Definiciones de salud.....	25
2.2.2 Síntomas somáticos.....	25
2.2.3 Ansiedad e insomnio.....	26

2.2.4 Disfunción social en la actividad diaria.....	26
2.2.5 Tipos de depresión.....	27
2.2.6 Investigaciones realizadas	28
2.3 El burnout y el afrontamiento.....	30
2.3.1 Definición de afrontamiento.....	30
2.3.2 Teorías de afrontamiento.....	30
2.3.3 Estrategias de afrontamiento.....	31
2.3.4 Investigaciones realizadas	32
2.4 El burnout y la relación con el apoyo social	33
2.4.1 Definición de apoyo social	33
2.4.2 Modelos Explicativos de apoyo social	33
2.4.3 Apoyo Social Percibido	35
2.4.4 Apoyo Social Estructural.....	35
2.4.5 Investigaciones realizadas	35
2.5 El burnout y la relación con la personalidad.....	36
2.5.1 Definición de personalidad.....	36
2.5.2 Tipos de personalidad.....	37
2.5.3 Patrones de conducta.....	37
2.5.4 Locus de control.....	38
2.5.5 Investigaciones realizadas	38
4. Metodología.....	40
5. Resultados obtenidos.....	43
6. Discusión.....	75
7. Conclusiones y recomendaciones.....	81
8. Bibliografía.....	84
9. Anexos.....	86

1. Resumen

La Universidad Técnica Particular de Loja a través de la carrera de Psicología, realiza para su programa de graduación 2011-2012 un ambicioso estudio llamado "IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENÓMENO EN EL ECUADOR".

El burnout, empieza a estudiarse en forma científica por Freudenberger, en una clínica de adicciones, en la que constató como varios funcionarios iban perdiendo el interés hacia su trabajo; se presenta especialmente en las labores que implican un contacto continuo y directo con otras personas.

Esta temática que tiene hoy gran importancia se estudia a través de una metodología estandarizada por la universidad, en 30 profesionales de la salud del hospital público de Cayambe y que consta de 5 pruebas que son: cuestionario sociodemográfico; cuestionario MBI, cuestionario de salud general, cuestionario BRIEF-COPE, cuestionario de apoyo social y cuestionario de personalidad.

Los resultados muestran que existen varios factores que pueden ser relacionados con la presencia del burnout como algunos estilos de afrontamiento y la presencia de factores protectores como los altos niveles de apoyo social percibido por el sujeto.

2. Introducción

“La Salud Ocupacional es un problema de Salud Pública, que pasa por las políticas internacionales y nacionales que privilegian la competitividad a cambio de la salud, la seguridad y la calidad de vida del trabajador” (Pando, Aranda, Carrión y Esqueda, 2007).

A diario se reportan en el Ecuador quejas sobre la calidad del servicio en el sistema de salud, por lo que un estudio minucioso sobre el síndrome de burnout, sus causas, sus consecuencias, su prevención y tratamiento, se hace indispensable.

La gratuidad y universalización del sistema de salud han hecho que este funcione hoy en día más allá de su capacidad, esta situación sumada a la cada vez más alta y positiva exigencia por parte de los usuarios, pone a los profesionales de salud sobre todo pública, en un trabajo altamente demandante y estresante, que requiere de un alto nivel de compromiso por parte de los profesionales de la salud y de todos los ecuatorianos.

Por esto la Universidad Técnica Particular de Loja, plantea para el programa de graduación de psicología del año 2012 el tema “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”

Este trabajo ha sido distribuido a los estudiantes de la modalidad abierta a nivel nacional lo que permitirá obtener un estudio relevante y de utilidad para la comunidad.

El actual código del trabajo ecuatoriano requiere información más detallada sobre este síndrome por lo que en el afán de aportar en este proceso la Universidad Técnica Particular de Loja inicia realizando el estudio en los profesionales del sector de la salud, mismo que por sus condiciones particulares, es el más propenso a este fenómeno.

A través de los cuestionarios realizados en esta investigación, se logra alcanzar los objetivos propuestos. El primero referente a identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud, mismo que es evaluado con el test Maslach Burnout Inventory; el segundo que es identificar las variables sociodemográficas y laborales de

los profesionales de la salud, para el que se emplea un completo cuestionario sociodemográfico; el tercer objetivo que es el determinar el estado de salud mental de los profesionales de las instituciones sanitarias se logra con el cuestionario de salud mental GHC28, el cuarto objetivo que es identificar el apoyo social procedente de la red social, se lo cumple con el cuestionario MOS de apoyo social; el quinto objetivo planteado que es conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud se lleva a cabo con la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento BRIEF-COPE; y el último objetivo que es identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias se hace gracias al cuestionario revisado de personalidad de Eysenck EPQR-A.

3. Marco Teórico

CAPÍTULO 1 Conceptualización del Burnout

1.1 Definiciones del Burnout

La palabra Burnout viene del inglés y se traduce como “estar quemado”.

Farber (1983), lo conceptualiza de la siguiente manera: “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”.

Otra importante y usada conceptualización del burnout es la empleada por Gil-Monte y Peiró (1997), quienes definen el síndrome de Burnout como: “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”.

Chemiss, (1980), lo describe en tres etapas: 1) desequilibrio entre los recursos y las demandas. 2) desarrollo de la tensión, de la fatiga y del agotamiento emocional. 3) cambios en las actitudes y los comportamientos hacia los otros.

Este síndrome se presenta con mayor frecuencia en aquellos trabajos en los que el contacto con otras personas es permanente, y más aún si este contacto conlleva un acercamiento inevitable con los problemas de la persona a la que se le presta el servicio, es decir, profesiones como las relacionadas con los servicios de salud y de educación, serán las más proclives a presentar esta problemática. En el primer caso, la alta conexión con el paciente, las situaciones donde incluso está de por medio la vida misma del usuario requieren de una gran demanda emocional por parte del

profesional; y en el segundo, el contacto permanente y los niveles exigidos de atención y cuidado, generan una situación similar.

Los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a las mismas, presentándose entonces lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece como resultado de un proceso continuo, es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes y desde las primeras conceptualizaciones (Gil-Monte, 2006; Aranda, 2006; Calíbrese, 2006; Peinado & Garcés, 1998), se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización eran los más proclives a desarrollarlo.

Al ser el burnout un síndrome, se irá instalando en la persona en etapas, las mismas que están caracterizadas por diversos síntomas de orden psicológico y somático.

Catherine Maslach y Susana Jackson (1981), lo describen como un proceso que se inicia con una carga emocional que va conduciendo al agotamiento del sujeto, quien comienza a presentar actitudes de distanciamiento y de cinismo con las personas a las que atiende; esta definición nos permite establecer un amplio efecto de la permanencia de este síndrome en los trabajadores, así tendrá una repercusión inicial en quien lo padece, ya que su calidad de vida se verá sustancialmente desmejorada, su propia familia y entorno cercano se verán afectados y también la calidad del servicio de cualquier empresa a la que el trabajador represente y por supuesto, todo un sistema en el caso de tratarse de un servicio de salud o de educación pública se verá disminuido y por consiguiente también la sociedad en su conjunto.

1.2 Modelos explicativos del burnout

Los modelos explicativos del síndrome de burnout según Gil Monte y Peiro (1997) se clasifican en:

- Modelo de Competencia Social de Harrison: este modelo define a quienes trabajan en profesiones de servicio, como personas de sentimientos de gran altruismo ,

mismos que cuando son sumados a factores de barrera como la ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones de rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos personales, etc. los cuales dificultan la consecución de los objetivos trazados por el sujeto, propiciarían se genere una disminución de los sentimientos de autoeficacia, originando la aparición del síndrome de burnout.

- Modelos elaborados desde las Teorías del Intercambio Social: indican que el síndrome de burnout tiene su etiología en la percepción de falta de equidad formulado en un proceso de comparación social. De igual manera en las instituciones sanitarias se establece que contribuye a la aparición de este síndrome los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del mismo.
- Modelos elaborados desde la teoría organizacional: mismos que incluyen como antecedentes del síndrome de burnout las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, en si la estructura, cultura y clima de la organización.

1.3 Delimitación histórica del síndrome de burnout

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral (Gil Monte, 2001).

El término burnout se debe a la novela de Graham Greene "A burnout case" que trata de un arquitecto que empieza a sentirse abrumado por su profesión y decide retirarse a la selva africana a iniciar una vida completamente distinta.

Posteriormente es utilizado por primera vez en forma científica en 1974 por Herbert Freudenberger quien observó cómo varios voluntarios que trabajaban con toxicómanos con el paso del tiempo empezaban a ir perdiendo su energía, lo que los iba llevando a una fuerte desmotivación por su labor, volviéndose menos sensibles y comprensivos, llegando incluso a tener actitudes agresivas y cínicas con sus pacientes. Posteriormente Maslach y Jackson (1986) utilizaron el mismo término para describir el proceso de pérdida gradual de responsabilidad laboral en el campo de la psicología social y son quienes desarrollan el conocido cuestionario de medida de este síndrome, el Maslach Burnout Inventory (MBI).

En los últimos años la cantidad de estudios sobre esta temática, no sólo a nivel de los profesionales sanitarios sino respecto a todas las áreas laborales, se han incrementado por el aumento de la preocupación por la calidad de vida de las personas, la eficiencia de los servicios prestados a nivel mundial, sobre todo a nivel salud y educación y por los nuevos enfoques integrales de salud, que dan vital importancia a la salud mental, sino también porque las mismas organizaciones se han visto obligadas a replantearse sus formas de manejo del recurso humano por las repercusiones económicas y sobre todo de calidad que tienen este tipo de problemas en la gente y en la competitividad de cualquier empresa, organización, o institución.

1.4 Poblaciones propensas al burnout

No hay una respuesta clara respecto a poblaciones específicas propensas al burnout. Como se ha mencionado anteriormente, las personas enroladas a profesiones que impliquen un contacto permanente con otros individuos son las más propensas a padecer del síndrome de burnout, en cuanto a otras variables se han realizado diferentes investigaciones.

Hay estudios que muestran alguna relación del burnout con la edad, el género y el estado civil de las personas, etc.

- La edad: relacionada con la experiencia,
- El sexo: las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.
- Variables familiares: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- Personalidad: por ejemplo las personalidades de tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro lado las personalidades que a decir de Thomae, Ayala, Sphan y Stortti son llenas de sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional, son las más propensas al burnout. Sin embargo los estudios en este sentido son aún pocos y en muchos casos contradictorios.

De igual forma hay que considerar la complejidad del ser humano y como cada uno vive de manera única los estresores tanto en el campo laboral como por ejemplo un salario muy bajo, una sobrecarga de trabajo o un exceso de burocratización en las labores diarias o en el ámbito familiar como en el caso de la muerte de un ser querido, un divorcio, un nuevo miembro en la familia; a nivel social como la necesidad de aceptación o de lograr el reconocimiento social o de éxito económico dentro de un contexto; en la cuestión de salud como el advenimiento de una enfermedad propia o de un ser querido, etc.

La propensión a este síndrome puede tener causas muy variadas, pero en general se ha podido encontrar coincidencias en enfatizar aspectos de la personalidad; se habla de una personalidad resistente, que según Zellars, Perrewe y Hochwartwe (1999) “es la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento los que parecen establecer el grado de vulnerabilidad individual” por lo que la consideran como un factor protector muy poderoso ante el burnout.

1.5 Fases y desarrollo del síndrome de burnout

Este síndrome presenta 3 dimensiones interrelacionadas:

- 1) Cansancio o Agotamiento emocional; sobrecarga y agobio por las demandas emocionales de otros, expresado a través de varios síntomas de orden físico y emocional.
- 2) Despersonalización, que se manifiesta como un cambio negativo en las actitudes y respuestas del individuo, falta de empatía y reacciones frías, distantes e incluso agresivas ante las situaciones de otras personas, especialmente hacia los receptores del servicio prestado o hacia los colegas.
- 3) Baja realización personal, sentimiento cada vez más generalizado de que el trabajo no merece la pena, de que es imposible cambiar o mejorar, falta de motivación hacia el trabajo, deseos constantes de cambiar de labor.

El burnout puede establecerse en distintos grados, según la intensidad del síndrome, y por supuesto, una vez adquirida una gravedad mayor, es difícil retornar a los niveles inferiores.

Sosa, en el 2007 define los grados del síndrome de la siguiente manera:

Leve: Se comienza a presentar síntomas vagos e inespecíficos. El afectado se vuelve poco operativo.

Moderado: Aparece insomnio, déficit de atención y concentración, tendencia a la automedicación.

Grave: Se desarrolla aversión por la tarea, cinismo hacia la profesión y los pacientes, lo cual lleva a mayor ausentismo laboral y frecuentemente al abuso de fármacos.

Extremo: Caracterizado por crisis existenciales severas que llevan al aislamiento, depresión crónica o enfermedades psicosomáticas.

1.6 Características, causas y consecuencias del burnout

El síndrome de Burnout se caracteriza por agrupar varios síntomas físicos y psicológicos que pueden agruparse principalmente por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, mismos que se generan en el ámbito laboral pero que inciden en todo el entorno del individuo.

En cuanto a las causas del apareamiento del burnout, no hay un acuerdo entre todos los investigadores, más se han establecido algunos parámetros comunes como factores de la personalidad, del medio ambiente laboral, causas culturales, familiares y sociales.

Las consecuencias como se han ido estudiando en las investigaciones sobre el tema, pueden recogerse en tres tipos:

- 1) Consecuencias en la salud física: problemas coronarios, cefaleas, dolores de cabeza, insomnio, problemas en la piel, en el sistema nervioso, dolores musculares, agotamiento, problemas gastrointestinales, problemas sexuales, etc.

- 2) Consecuencias en la salud psicológica: depresión, ansiedad, falta de motivación, apatía, baja autoestima, poca satisfacción personal y laboral, distanciamiento social, etc.
- 3) Consecuencias laborales: absentismo, desmejora en la calidad del servicio prestado, baja de rendimiento, realización de conductas arriesgadas, abandono del trabajo, etc.

Hay que destacar que estas consecuencias a su vez generan graves pérdidas no solo en la persona afectada por el burnout y en su familia, sino también a nivel colectivo, con el deterioro de la calidad de desempeño de los afectados, y más aún al referirnos al servicio de salud con toda su repercusión y trascendencia a nivel social.

1.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Pando, Aranda; Carrión y Esqueda (2007) citan que cuando se combinan prácticas organizacionales inadecuadas, ambiguas o autoritarias, con un bajo o mal funcionamiento de las estrategias de afrontamiento de la persona, se hará crónica la presencia del estrés, y esta será la vía para manifestar diversos daños o trastornos emocionales en el trabajador; por lo que es importante como factor preventivo, partir de una visión distinta del trabajo, en la que se conciba al ser humano como lo más importante, cuyo bienestar debe ser el principal fin de la actividad laboral, no solo como un número, un ente productor, un factor más del sistema, sino al contrario como la razón de ser de la existencia del trabajo, solo entonces en el Ecuador se podrá tener una población libre de burnout, más feliz, más realizada, más mental y físicamente saludable.

Hablar de prevención es fundamental, ya que es la estrategia menos dolorosa y menos costosa para la sociedad; la cantidad de recursos necesarios para la implementación de planes de prevención es ínfima si pensamos en los costos que tiene para el estado y la sociedad la presencia del burnout en sus trabajadores, además la labor preventiva suele ser al mismo tiempo la más sencilla y de mejores resultados.

Según Mingote(1998) las acciones preventivas pueden ser de carácter individual y de carácter organizacional.

A nivel individual se puede destacar entre otras las técnicas de relajación, el biofeedback, la reestructuración cognitiva, técnicas en resolución de conflictos, entrenamiento en asertividad, técnicas de autocontrol.

A esto podemos añadir que las situaciones laborales estresantes dependen mucho de cómo el sujeto las perciba; por eso reaccionamos de manera tan distinta ante situaciones similares, por lo que un trabajo a nivel de la personalidad y del crecimiento personal del individuo, un reencuentro con su vocación y con la importancia de su trabajo, pueden ser muy útiles.

A nivel organizacional se puede emplear algunas estrategias, Cherniss (1980), De la Gángara (2002), León (1998), Maslach (2001) y Peiró y Salvador (1993), citan algunas formas de prevención:

- Incrementar la autonomía del trabajo
- Planificar un horario flexible
- Fomentar la participación del trabajador en la toma de decisiones
- Mejorar el ambiente físico de trabajo
- Enriquecer el trabajo
- Limitar el número de horas
- Plantearse objetivos de manera clara

A esto podemos añadir la realización de actividades recreativas y culturales dentro del trabajo, las pausas activas durante la jornada, la realización de actividad física, el conocimiento de la existencia del burnout, sus causas y consecuencias y la participación activa del trabajador en la implementación de formas de prevención y tratamiento del síndrome.

Una vez existente el problema se deben tomar acciones de prevención secundaria y terciaria, que básicamente se refieren al tratamiento del mismo.

Las estrategias a tomarse pueden ser a nivel individual: grupos de apoyo, psicoterapia, terapia grupal, terapia familiar, apoyo social, etc. Y a nivel organizacional: identificando los factores estresores, tratar de modificarlos o eliminarlos; realizando los cambios necesarios para volver a hacer del trabajo una actividad placentera y apasionante para quienes lo realizan.

Sin embargo, quiero insistir en la prevención primaria, en la formación de sujetos con personalidad resistente, sobre todo en aquellos que dedicarán su vida a la prestación de un servicio a los demás, como es el caso de los profesionales de la salud.

Según Kobasa (1979,1982) este tipo de personalidad se describe con algunos aspectos principales:

Compromiso: no se limita únicamente a un sentimiento de autoestima y de competencia personal, sino también a un sentimiento de comunidad, de corporación, de pertenencia.

Control: convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos dentro de los límites razonables, lo que les permite saber que pueden tener el control y en algunos casos anticiparse a lo que va a suceder gracias a sus propias acciones.

Reto: lleva a los sujetos a considerar que el cambio está presente en todos los aspectos de la vida como característica habitual y que supone una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias.

Probablemente la construcción de personalidades resistentes sea una de las mejores maneras de prevenir el burnout, a más de la visión más humana del trabajo y de la productividad. La misma universidad ecuatoriana debe propender a formar al individuo integralmente, preparándolo para afrontar de forma positiva las vicisitudes de su carrera, la enseñanza en las facultades de las carreras proclives a padecer este síndrome como las relacionadas con la salud y la educación, deberían trabajar a fondo en la investigación del burnout, tomando en serio este problema que de presentarse puede causar mucho daño al funcionamiento y al prestigio de tantas y tantas instituciones de salud y educación en el país.

CAPÍTULO 2. Conceptualización de las variables de la investigación

2.2 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

2.1.1 Variables de riesgo y protectoras

Según distintos estudios, algunas variables tanto sociodemográficas como laborales pueden incidir en el apareamiento de este síndrome; sin embargo, en esta investigación se ha podido apreciar que no hay coincidencias claras entre los distintos autores.

Según la investigación denominada variables sociodemográficas y el síndrome de burnout o de quemarse en profesores de enseñanza media básica (secundaria) de la Zona Metropolitana de Guadalajara (Aldrete, González, Soto, Serrano y Pando, 2008), las variables sociodemográficas con alguna incidencia como factores de riesgo son:

2.1.1.1 Género: la mujer tiene mayor riesgo de sufrir de desgaste emocional.

2.1.1.2 Estado civil: el ser soltero, genera más riesgo de desgaste emocional y de más baja realización personal.

2.1.1.3 Nivel de educación: a mayor nivel de educación hay más probabilidades de padecer de burnout, esto debido a que en el caso de este estudio, los maestros, sentían haber invertido mucho en tiempo y dinero para su formación a cambio de lo poco que estaban recibiendo en sus sitios de trabajo.

2.1.1.4 Sitio de trabajo: se encontró una mayor incidencia en los docentes que laboran en el sistema estatal.

2.1.1.5 Horas de trabajo: se encontró mayor cantidad de casos de burnout en los docentes que laboran en más de una institución, lo que supone un aumento de horas de trabajo diarias.

En cuanto a variables protectoras podemos mencionar el estudio denominado Síndrome de *Burnout*, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos

Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México. (Aranda, Zarate, Pando, Sahún, 2010) en el que se establecen algunas variables como los hábitos del sueño, la alimentación, la cantidad y frecuencia de ejercicio físico, los ritmos de sueño, la realización de actividades recreativas, evitar el sedentarismo, ejercicios de relajación y de autocontrol, la cantidad de información y capacitación sobre los riesgos laborales y del problema en específico, organización laboral adecuada, crear una adecuada red social de apoyo, entre otras.

Se puede resumir en este apartado que en general los hábitos de vida que sean saludables e integrales es decir, a nivel de nuestra salud física, emocional y social junto con un buen conocimiento sobre el síndrome, se pueden constituir en factores protectores ante el mismo.

2.1.2 Motivación y satisfacción laboral

La motivación es la fuerza interior que nos impulsa a hacer algo, el grado en que disfrutamos y queremos realizar una tarea y la satisfacción laboral se refieren al bienestar que siente un individuo respecto de su trabajo; estos dos factores son en el caso de los trabajadores de la salud, casi tan importantes como los conocimientos teóricos y prácticos, ya que un trabajo que no motiva o no satisface al profesional, seguramente será hecho de forma negligente, ya sea en el trato al paciente o en cuestiones más de fondo.

Una alta motivación será de vital importancia como un factor protector ante el síndrome de burnout; un trabajador que siente importante su trabajo, que tiene objetivos claros y factibles, es decir que tiene muchas razones para apreciar su labor, estará más protegido ante los estresores cotidianos. De igual manera sucede con la satisfacción laboral, de hecho van de la mano, el sentirse satisfecho en el trabajo permitirá sortear sin mayor dificultad los conflictos que se den en la esfera laboral, y también siendo la parte profesional tan importante en la vida de la persona, el bienestar va mucho más allá, mejorando definitivamente la calidad de vida del sujeto, su familia y su comunidad.

Estos conceptos deben adaptarse a cada individuo y a cada contexto, es claro que hay estresores que serán tremendamente complicados para un sujeto y que pueden pasar

desapercibidos para otro, sin embargo hay condiciones que como se trató en el apartado anterior, muestran tener incidencia en la mayoría de individuos.

2.1.3 Investigaciones realizadas

Revisemos a continuación algunas investigaciones interesantes sobre la relación del burnout con variables sociodemográficas y laborales.

Según Olmedo Montes (2001), en el estudio denominado: El síndrome de burnout: variables personales, laborales y psicopatológicas asociadas, existe una relación entre el tipo de servicio y el tipo de contrato con el burnout, pero afectando únicamente al componente cansancio emocional y despersonalización; en cuanto al tipo de servicio se revela que existen diferencias significativas entre los profesionales de salud mental y atención primaria con el grupo dedicado a la atención especializada, es decir los ginecólogos, cardiólogos, etc. se ven afectados en menor medida por el síndrome.

En cuanto a la relación con el tipo de contrato, se encontró que quienes tenían contratos parciales o estaban reemplazando temporalmente a alguien, fueron los menos propensos al burnout.

El estudio variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multi-ocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (García y Herrero, 2008) auspiciado por la universidad de Sevilla, España concluye lo siguiente:

- Las mujeres parecen ser más resistentes a la despersonalización.
- Tener un solo hijo parece ser un factor de vulnerabilidad ante el agotamiento emocional y la despersonalización.
- Los funcionarios asignados al área de vigilancia parecen estar más expuestos a la despersonalización y el agotamiento emocional y suelen sentir menos realización personal.
- Una titulación universitaria parece ser un factor de protección ante el riesgo de padecer altos niveles de despersonalización. Los trabajadores que mantienen un contacto prolongado con los internos experimentan mayor riesgo de despersonalización y logran menos realización personal.

Otro estudio realizado en médicos especialistas titulado: síndrome de *burnout*, variables sociodemográficas y laborales en médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México. (Aranda, Zarate, Pando y Sahún, 2010) nos muestra algunas contradicciones que ellos identifican como por ejemplo la cuestión de género; de acuerdo a los resultados de este estudio, los hombres presentan mayor presencia del síndrome de burnout que las mujeres. Ya en los años setentas Atance (1997) revelaba que las mujeres eran más susceptibles de presentar burnout que los hombres, más tarde Gil- Monte (1996) encuentra que son los hombres quienes presentan mayor vínculo entre la dimensión cansancio emocional y despersonalización.

La variable edad se asoció únicamente con el agotamiento emocional, dato que concuerda con el estudio de Arias (2008), en el que se revela asociación con la sobrecarga de trabajo, la dificultad para trabajar con los demás, desacuerdos, sobreesfuerzo físico, aislamiento, cansancio e insuficiente apoyo, pero no con el estudio de Hernández. (2006), en el que en los sujetos menores de 40 años la asociación se inclinó con la dimensión despersonalización.

El dato más cercano al de otros estudios en cuanto a la antigüedad laboral, es el mostrado por Menezes de Lucena. (2006). Mientras que el reporta un promedio de 11,7 años de labor, en este estudio se observa una media de 6 años, sin embargo se puede decir que el grupo de edad entre 21 a 25 obtuvo un promedio de 12,1%, rebasa con poco a los de Menezes. El trabajar menos tiempo que el promedio de años de labor obtuvo asociación hacia el desarrollo de la dimensión conocida como despersonalización.

Otra variable que no sigue el mismo comportamiento comparado con otros estudios, es la del estado civil. Los análisis estadísticos de este estudio demuestran que son los médicos casados los que reportaron porcentajes mayores de burnout, a diferencia de otros estudios.

También estos resultados demuestran una vez más que la despersonalización se asoció con el turno laboral, en específico con no tener un turno fijo o estable. Ya desde la década de los noventa Gil-Monte (1997) hace la reflexión de que el turno laboral es

uno de los factores psicosociales con funciones facilitadoras del grado de percepción del estrés de origen laboral.

En la investigación: Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria (Villalobos, Villegas, Toro, Soria, Gamez y Molina, 2004) se hacen también unas interesantes conclusiones: encontramos que están más presionados los más jóvenes, los que creen que su sueldo no es apropiado y aquellos que no tienen familiares conviviendo a su cargo. Parece que la familia no se siente como una carga sino que quizás actué como contención de tensiones laborales.

La percepción de que el sueldo es apropiado, aparece en este trabajo como variable significativa que influye en el cansancio emocional y en la satisfacción media global.

2.2 El burnout y la relación con la salud

2.2.1 Definiciones de salud

Según la organización mundial de la salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

Algunos de los síntomas del burnout a nivel de la salud del individuo son:

2.2.2 Síntomas somáticos

- Alteraciones cardiovasculares.
- Fatiga crónica
- Cefaleas y migrañas
- Alteraciones gastrointestinales
- Alteraciones respiratorias
- Alteraciones de sueño
- Alteraciones dermatológicas
- Alteraciones menstruales
- Disfunciones sexuales
- Dolores musculares o articulatorios
- Baja de defensas.

2.2.3 Ansiedad e insomnio

La ansiedad es una respuesta del organismo relacionada con la supervivencia, sin embargo puede ser desmedida y presentarse sin causa aparente, tornándose patológica.

Según el CIE 10 los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores de que uno mismo o un familiar va a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

El insomnio no orgánico según el mismo manual diagnóstico, es un estado caracterizado por una cantidad o calidad de sueño no satisfactorio, que persiste durante un considerable período de tiempo. Entre los insomnes la queja más frecuente es la dificultad para conciliar el sueño, seguida de la de mantenerlo y la de despertar precoz. Lo característico es que se presenta tras acontecimientos que han dado lugar a un aumento del estrés vital. Cuando se sufre repetidamente de insomnio se desencadena un miedo creciente a padecerlo y una preocupación sobre sus consecuencias. Esto crea un círculo vicioso que tiende a perpetuar el problema del enfermo.

A la hora de acostarse los enfermos con insomnio cuentan que se sienten tensos, ansiosos, preocupados o deprimidos y como si carecieran de control sobre sus pensamientos. Frecuentemente dan vueltas a la idea de conseguir dormir lo suficiente, a problemas personales y laborales, a preocupaciones sobre su estado de salud o incluso sobre su propia muerte.

2.2.4 Disfunción social en la actividad diaria

La esfera social para el sujeto es lo que le humaniza, es una necesidad básica el relacionarse con otros, en la actividad diaria, es imperante la presencia y participación

de otras personas, en el campo laboral la participación de otros individuos es una constante en la mayoría de trabajos, por lo que una disfunción del sujeto a nivel de la socialización va a ser perjudicial para todos los campos de su vida.

Como se ha revisado en apartados anteriores, la presencia de otras personas, sean familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc. puede ser un importante factor de apoyo, un protector ante la presencia del burnout.

Los profesionales que presenten este síndrome al presentar síntomas como el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, con las correspondientes características de cada una de estas dimensiones, tenderán a aislarse y ser aislados por su entorno social y posiblemente por su entorno familiar, sumiéndolos al mismo tiempo en una situación de mayor tensión, conformando un círculo vicioso muy difícil de romper, en el que el aislamiento al que el propio sujeto se somete debido a su problema, va incrementando la severidad del mismo.

2.2.5 Tipos de depresión

Por definición el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. Siempre están presentes síntomas de orden cognitivo, volitivo y somático.

El CIE 10 define a la depresión como una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Existen 4 tipos de depresión:

Depresión severa: se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Distimia: es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas de las personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Trastorno bipolar: es otro tipo de depresión que también se le llama enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

Depresión posparto: las mujeres deben de estar alerta a cambios mentales que puedan ocurrir, durante el embarazo y después del parto. Algunos síntomas de este tipo de depresión pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración.

2.2.6 Investigaciones realizadas

En la investigación: Prevalencia del síndrome de *burnout* y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona (N. Martíneza, A. Vilareguty A. Abio, 2004), las autoras nos recuerdan: No debemos olvidar que cuando Freudenbergger escribió sobre el *burnout* en 1973, lo hizo en forma de crítica a la sociedad estadounidense o anglosajona. Realizó una fuerte crítica al cuestionamiento de los valores religiosos y sexuales, a las tradiciones, al individualismo feroz y el capitalismo salvaje que, según el propio autor, han contribuido a la ambigüedad de nuestras vidas, cultivando de esta forma un suelo fértil para la aparición del *burnout*. Debemos recordar, por tanto, que el burnout es un constructo de la época posmoderna en la que vivimos, es el reflejo de esta sociedad, y que “luchar” contra él, también es

“luchar” contra todo un sistema de valores y de pensamientos intrínsecos en nuestra forma de vivir y de ver la vida.

Según se cita en la revista cubana de salud pública en la edición de abril-junio de 2003 en el artículo de Jorge Hernández titulado: Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención: la prevalencia de síntomas de estrés en el grupo total es aún mayor (50 % de los casos) y es mayor en los profesionales de la atención primaria, particularmente en el personal de enfermería femenino, en el que se alcanza la mayor prevalencia que es de 66,7 %. Los síntomas de estrés más frecuentes en los profesionales del primer nivel de atención fueron las cefaleas, ansiedad, irritabilidad, depresión y fatiga. Estos conforman el cuadro típico de los síntomas más significativos, los cuales son señalados como síntomas iniciales de deficiencia de la salud por la organización mundial de la salud (OMS). Resulta que el perfil de mayor riesgo del síndrome de burnout queda caracterizado en las condiciones médicas de atención primaria, en tanto el correspondiente al estrés, en la enfermera de atención primaria.

Las fuentes de estrés propias de los profesionales de la salud fueron diversas; entre las más señaladas se encuentran la necesidad de actualización de la información especializada, relaciones con los superiores, responsabilidad en el cuidado de los pacientes, bajo reconocimiento de la población asistida (particularmente en enfermeros de nivel primario), incertidumbres éticas en el manejo de la información de los pacientes y el cuidado de las demandas emocionales de estos.

En la investigación: Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez y Morante, 2005) se concluye que durante las últimas décadas, el médico ha tenido que enfrentarse al aumento de la instrumentalización y la burocratización de su profesión, así tanto, la relación personal de los médicos, como las actitudes hacia los pacientes, se han visto afectadas, de manera que estos profesionales se han encontrado sometidos a una mayor presión y mayores riesgos potenciales, lo que ha contribuido a un aumento de sus niveles de ansiedad.

2.3 El burnout y el afrontamiento

2.3.1 Definición de afrontamiento

Las estrategias o modos de afrontamiento son las distintas formas en que se utilizan los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes (Morán, 2005).

Lazarus y Folkman (1986) distinguen modos de afrontamiento dirigidos al problema, que buscan definirlo y encontrar soluciones alternativas y modos centrados en la emoción, que intentan regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación. Además enfatizan en que no hay situaciones estresantes en sí mismas, sino que más bien dependen de la evaluación o interpretación que haga el sujeto de las mismas.

2.3.2 Teorías de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) diferencian dos formas en el afrontamiento, una dirigida al problema y otra dirigida a la emoción, Moos y Billings (1982) 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. Revisemos cada una:

El afrontamiento centrado en el problema incluye las siguientes estrategias:

- a.- requerimiento de información o asesoramiento a otras personas significativas,
- b.- ejecución de acciones que resuelvan el problema, accionando ante la situación o desarrollando planes alternativos; y,
- c.- desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción.

En tanto, el afrontamiento centrado en la emoción se asocia a las siguientes estrategias:

- a.- aceptar con resignación la situación y la imposibilidad de provocar cambios en ella,

- b.- control afectivo de las emociones que la situación suscita para que no interfiera en otros aspectos de la vida; y,
- c.- descarga emocional, por medio de palabras o acciones tales como llorar, fumar y comer.

Por último, 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 encontrándoles un significado positivo; y,
- c.- evitación cognitiva mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías.

2.3.3 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997, p. 190).

Según esta definición, pueden dividirse en:

Por el método utilizado: activo o de evitación.

Por la focalización de la respuesta: focalizado en la evaluación de la situación, dirigido al problema, dirigido a la emoción.

Por la naturaleza de la respuesta: de tipo conductual o de tipo cognitiva.

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 et al., 2004).

2.3.4 Investigaciones realizadas

En el estudio denominado: Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (Maricel Soledad Popp, 2008), se concluye que 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 unidades de terapia intensiva tenderían a utilizar estrategias de afrontamiento menos funcionales a medida que aumenta 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 del análisis lógico y de la ejecución de acciones que resuelvan el problema.

En otro interesante estudio llamado: Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos, escrito por Consuelo Morán Astorga (2008) se puede apreciar en los resultados obtenidos que los modos positivos de afrontar el estrés, afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, religión, reinterpretación positiva y aceptación de la responsabilidad tienen todos una relación positiva y significativa con satisfacción en el empleo; cuatro de ellos, confrontación, planificación, religión y reinterpretación positiva se relacionan en negativo con cansancio emocional y con despersonalización (con esta última también se relacionan en negativo la búsqueda de apoyo emocional y el apoyo social).

2.4 El burnout y la relación con el apoyo social

2.4.1 Definición de apoyo social

El apoyo social tiene varias definiciones, más es un concepto altamente comprendido a nivel general.

Según Cassel (1976); Rodríguez (1995) y Barrón (1996), el apoyo social es aquel que hace referencia a las transacciones que se llevan a cabo entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo.

Socialmente el concepto se entiende como la percepción que tiene el sujeto de contar con la ayuda de otros ante situaciones difíciles; de tener personas emocionalmente cercanas con las que compartir, de contar con seres amados, etc.

Lo importante para la relación del apoyo social con el burnout sería entender qué tipo de apoyo social es relevante al momento de enfrentar esta problemática, hablamos de la familia, de una cuestión afectiva, de redes de apoyo en el trabajo y fuera de este, o de la visión que tiene el individuo sobre sí mismo frente a los demás. Así como hay quienes argumentan que el apoyo social es altamente positivo y mejoraría la defensa frente al burnout, hay quienes afirman que este puede crear dependencia que termine mermando la autoestima del individuo y por tanto facilitando la aparición del síndrome.

2.4.2 Modelos Explicativos de apoyo social

Según el estudio: Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte (M. García, 2002), dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. Así, la primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto (Barrón, 1996). Es decir, la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente.

En este sentido, Thoits (1985), desde el interaccionismo simbólico, establece tres grandes mecanismos de actuación dentro de estos efectos directos:

- Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales
- Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
- Un aumento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

A su vez, este aumento en la seguridad auto percibida tiene un reflejo en el estado anímico del sujeto, que, de esta manera, se ve incrementado. (Lazarus y Folkman, 1986).

La segunda de las teorías, denominada: Efecto buffer o amortiguador, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales.

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria. Sobre la primera, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales, como instrumentales o de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación.

Del mismo modo, desde diferentes teorías psicosociales se ha abordado la explicación de los efectos salutogénicos que el apoyo social tiene en general. Este es el caso de la teoría del intercambio. La teoría original de Homans (1961), procedente de la investigación en el campo de la sociometría y las relaciones grupales, también incluye un principio de equidad o justicia, según el cual las ganancias o refuerzos obtenidos por cada participante en una relación, deben ser proporcionales a los costes o esfuerzos que invierte en la misma.

2.4.3 Apoyo Social Percibido

Podemos hablar de una parte objetiva y de una subjetiva respecto al apoyo social. Lo objetivo que se refiere al apoyo recibido y lo subjetivo que se refiere al apoyo percibido por el sujeto.

El apoyo social percibido, como su nombre lo indica, se refiere a la percepción que tiene el sujeto respecto al apoyo que recibe en determinado contexto.

Caplan (1974), distingue entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido; el primero hace referencia a los recursos, provisiones, o transacciones reales a las que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que puede contar.

2.4.4 Apoyo Social Estructural

Se proponen como indicadores más significativos de apoyo social estructural los estrechos contactos con familiares y amigos cercanos.

La red social, en el área estructural, puede definirse como los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos según criterios definidos, como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento (Pérez, 1999) siendo sus características más relevantes el tamaño, cantidad de contactos; fuerza de los vínculos, que tan íntima es la relación; densidad, homogeneidad que tan diverso es el grupo o los grupos a los que se pertenece y dispersión.

2.4.5 Investigaciones realizadas

En la investigación: Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica elaborado por Fernando Calvo Francés y María Dolores Díaz Palarea de la Universidad Autónoma de Madrid (2004) se realiza una interesante autocrítica "Si bien es cierto que nuestro planteamiento inicial en la construcción del cuestionario se ha centrado en el Apoyo Social percibido, el presente trabajo nos ha hecho reflexionar sobre la necesidad de integrar indicadores

más objetivos en la evaluación del mismo. Concretamente nos referimos a indagar en el cuestionario sobre la frecuencia real de visitas en un período dado de tiempo, realizadas y recibidas, con tal finalidad de objetivación. Apuntamos también la indicación de las diferencias cualitativas entre las distintas relaciones integradas en el marco familiar, tal que, evidentemente, no es lo mismo el apoyo de los progenitores, que de los hijos, hermanos, etc.

En otro estudio realizado en México denominado: Las redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome de burnout en agentes de vialidad, México, realizado por Carolina Aranda Beltrán, Ma. Guadalupe Aldrete Rodríguez, Manuel Pando Moreno (2008), se establece como conclusión que en cuanto al apoyo social, se sabe que cuando el individuo recibe y percibe un adecuado apoyo por parte de su red, independientemente de que este sea técnico, emocional, económico, moral, etc., llega a ser tan benéfico que puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo e incrementar la autoestima, mejorar el estado de salud y bienestar y por lo tanto la calidad de vida. Sin embargo, en este estudio se observó que una minoría de la población reportaba un bajo o malo e inadecuado apoyo, porcentaje que inclinó la balanza hacia la asociación con el síndrome de burnout.

2.5 El burnout y la relación con la personalidad

2.5.1 Definición de personalidad

Según Morris (1992), la personalidad se refiere a los patrones de pensamiento característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra.

Podemos decir entonces que la personalidad es el conjunto de características que conforman nuestro ser, y que nos dan un sello único y que se encuentran interrelacionadas con el temperamento y el carácter.

Las teorías que definen a la personalidad son ampliamente variadas por lo que hablar de una definición dependería de la fundamentación psicológica que se quiera utilizar, sin embargo a grandes rasgos podemos decir que la personalidad ha representado

las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones.

2.5.2 Tipos de personalidad

Los tipos de personalidad se han propuesto desde la antigüedad y siguen siendo hoy objeto de múltiples estudios tanto de tipo científico y serio como una cantidad ilimitada de información liviana y estereotipada.

Hipócrates tipificó 4 tipos de temperamento: sanguíneo (optimista, esperanzado), melancólico (triste, deprimido), colérico (irascible) y flemático (apático) ;Carl Jung (1971) distinguió a la gente como introvertida y extrovertida; dentro de la mayoría de corrientes se puede entrever cierta clasificación de la personalidad, que puede ser muy útil para fines de entendimiento, pero en este tema no hay nada establecido.

Los estudios estadísticos que se han realizado aún no permiten establecer categorías consensuadas, probablemente se pueda tener unos tipos definidos de personalidad con el tiempo, y gracias al avance vertiginoso de la estadística, es por tanto más factible por ahora, hablar de rasgos de la personalidad.

Se puede decir que un individuo tiene algún grado de un rasgo, desde poco hasta mucho. (Cloninger Susan, 2003).

2.5.3 Patrones de conducta

Vamos a hablar de tres tipos de patrones de conducta: tipo A, tipo B y tipo C según la investigación realizada por Myriam Usuche de la Universidad Javeriana de Bogotá en el año 2008.

Las características de la conducta de tipo A son: respuestas excesivas, hiperactivos, irritables, ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes, tensos, competitivos, tanto con ellos mismos como con su ambiente y en sus relaciones interpersonales. Predisposición a padecer de patologías cardiovasculares y otros factores de riesgo como obesidad, nicotinismo e hipertensión.

Las características de la conducta de tipo B son: tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles. Susceptibles a procesos neuróticos y depresivos.

Las características de la conducta de tipo C son: introvertidos, obsesivos, interiorizan su respuesta al estrés, son pasivos, resignados, apacibles, cooperadores, sumisos y conformistas, deseosos de aprobación. Mayor predisposición a reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas e inhibición inmunitaria.

2.5.4 Locus de control

Es la creencia de que los eventos vitales y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones y acciones en este caso se denomina locus interno. O por fuerzas externas que no tienen control del sujeto, que se denomina locus externo.

Varios estudios coinciden en que las personas con locus externo son más propensas al burnout.

En el estudio: Locus de control: evolución de su concepto y operacionalización. (L. Oros, 2005) se comenta que: La investigación ha demostrado que quienes tienen un locus de control interno son mejores alumnos, menos dependientes, menos ansiosos, se manejan mejor frente a las tensiones y problemas de la vida, tienen mayor autoeficacia y presentan mejor ajuste social.

2.5.5 Investigaciones realizadas

En el estudio: Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia (J. Cebrià, J. Segura, S. Corbella, P. Sos, O. Comas, M. García, C. Rodríguez, M.J. Pardoy J. Pérez, 2001), se establece respecto al objetivo principal del estudio, que ciertas variables de personalidad se mostraban relacionadas con puntuaciones altas en las dos primeras escalas del MBI. Así, las personas con mayor cansancio emocional eran menos estables, más aprensivas y más tensas que aquellas con poco cansancio emocional.

Los sujetos con mayor despersonalización eran menos estables, más tensos y más vigilantes que sus colegas poco despersonalizados.

Así mismo, los médicos menos realizados eran menos afables y mostraban menor atrevimiento.

Se aprecian diferencias en cuanto al perfil de personalidad de los varones y mujeres con criterios de burnout. El perfil de la médica “quemada” incluiría una mayor aprensión y menor atrevimiento que su colega masculino en igualdad de circunstancias, aunque la dimensión ansiedad estaría presente por igual en ambos sexos.

Por lo que extraen una clara conclusión: las variables relacionadas con un grado elevado de ansiedad (los rasgos: poca estabilidad, vigilancia y tensión o la dimensión ansiedad) se muestran asociadas positivamente al cansancio emocional y a la despersonalización. Es importante destacar la correlación entre la dimensión ansiedad y niveles elevados de burnout.

En el artículo sobre Personalidad Positiva y salud, (Moreno-Jiménez, Garrosa y Galvez, 2005), se concluye que los individuos con personalidad resistente presentan actitudes protectoras ante elementos no-saludables como el estrés y el burnout y facilitadoras de estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad. La personalidad resistente se presenta así como un componente más de una personalidad positiva favorecedora de procesos salutogénicos.

4. METODOLOGÍA

A) Diseño de investigación

La Universidad Técnica Particular de Loja se propone el reto de realizar una investigación a nivel nacional sobre el síndrome de burnout en los profesionales de la salud, médicos y enfermeros en instituciones públicas o privadas; para cumplir este objetivo, cada estudiante dentro de la investigación, aporta con la realización de una metodología estandarizada por la Universidad.

Esta investigación cuenta con las siguientes características:

Es **cuantitativa** ya que se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados; es **no experimental**, ya que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, es **transeccional** ya que se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es **exploratoria** ya que se trata de una exploración inicial en un momento específico y es **descriptiva** porque se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández; Baptista, 2003).

B) Participantes:

La población investigada: 15 médicos y 15 enfermeras pertenecientes al Hospital Raúl Maldonado Mejía, Área N° 24 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la ciudad de Cayambe, provincia de Pichincha.

C) Instrumentos:

Se aplican los siguientes cuestionarios:

Variables sociodemográficas, obtiene datos como: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo, etc.

Cuestionarios de Maslach Burnout Inventory (MBI), detecta y mide la presencia de burnout en el individuo a través de 3 subescalas que son agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Cuestionario de salud mental (GHC28), identifica disturbios psiquiátricos menores a través de 4 subescalas que son: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), tiene por finalidad evaluar los tipos de respuesta de los individuos ante situaciones estresantes; las formas de afrontamiento evaluadas son: afrontamiento activo, planificación, auto-distracción, apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, autoinculpación, desahogo, desconexión conductual, uso de sustancias y humor.

Cuestionario MOS de apoyo social, investiga la red social del individuo para conocer 4 dimensiones de apoyo percibido que son: apoyo emocional, apoyo material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo.

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A), evalúa la personalidad mediante 4 factores: neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad.

D) Recolección de Datos:

Se selecciona el Hospital Público Raúl Maldonado Mejía ya que en la ciudad de Cayambe es el único que cuenta con el personal necesario para la realización del presente estudio.

En la primera fase se establece contacto con la dirección del hospital y se hace una breve explicación de la presente investigación; gracias a la apertura e interés mostrada por los directivos del Hospital, se inicia la recolección de datos, para lo cual se entrega a cada médico y enfermera los cuestionarios para su auto-aplicación, dando a cada

uno de ellos las respectivas indicaciones para que puedan llenar los distintos cuestionarios.

Luego de aproximadamente 1 mes se logró recolectar la mayor parte de la información con excepción de 2 enfermeras a las que fue imposible localizar, por lo que se optó por aplicar a 2 enfermeras del centro de salud privado “Maternidad Mitad del Mundo” perteneciente a la ONG “Casa Campesina Cayambe”.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

TABLA Nº 1
CUADRO RESUMEN

Genero	Médicos sin burnout			
	Masculino	%	Femenino	%
	9	60	6	40
zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	12	80	3	20
con quién vive	solo	%	más personas	%
	3	20	12	80
tipo de trabajo	t.completo	%	t.parcial	%
	13	86,6	2	13,3
pacientes con riesgo de muerte	si	%	No	%
	7	46,7	8	53,3
pacientes fallecidos	si	%	No	%
	4	26,7	11	73,3
Permisos	si	%	No	%
	8	53,3	7	47,6

Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

TABLA Nº 2
CUADRO RESUMEN

Genero	Enfermeros sin burnout				Enfermeros con burnout			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
	2	14	12	85,7			1	100
zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%	Urbano	%	Rural	%
	14	100			1	100		
con quién vive	solo	%	más personas	%	Solo	%	más personas	%
	1	7,1	13	92,9			1	100
tipo de trabajo	t.completo	%	t.parcial	%	t.completo	%	t.parcial	%
	10	71	4	28,6	1	100		
pacientes con riesgo de muerte	si	%	no	%	Si	%	no	%
	5	36	9	64,3	1	100		
pacientes fallecidos	si	%	no	%	Si	%	no	%
	3	24	11	78,6	1	100		
Permisos	si	%	no	%	Si	%	no	%
	6	43	8	57,1			1	100

Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En este cuadro resumen podemos apreciar que en los médicos hay un mayor porcentaje que pertenece al sexo masculino, el 60%, mientras que en los enfermeros el 85% son de sexo femenino. En cuanto a la zona de vivienda, mientras que ambos grupos de enfermeros manifiestan vivir en el sector urbano, hay un 20% de médicos que viven el sector rural. Hay que señalar que el grupo en el que se presenta burnout manifiesta trabajar con pacientes con riesgo de muerte, haber tenido pacientes fallecidos y no haber solicitado permisos en el último año. Los demás datos se aprecian similares en los tres grupos.

ETNIA

Gráfico N° 1



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 2



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 3

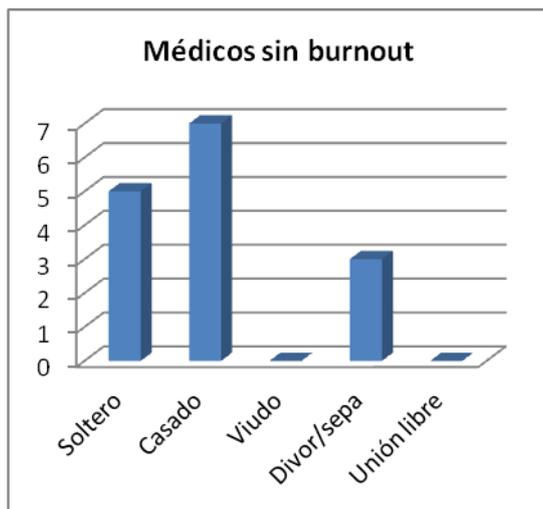


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los tres grupos presentan una gran mayoría de población mestiza, con solo el 7% de indígenas en la muestra de enfermeros sin burnout.

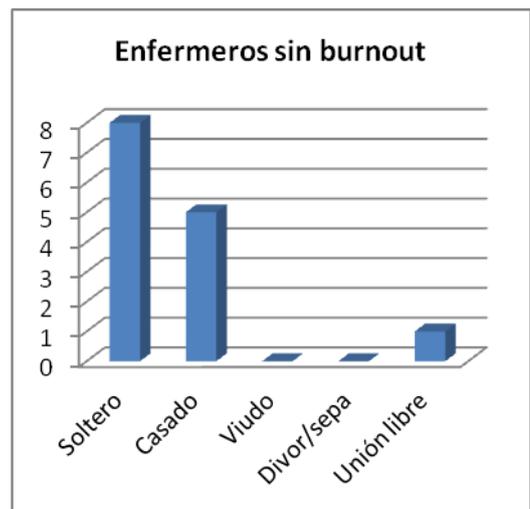
ESTADO CIVIL

Gráfico N° 4



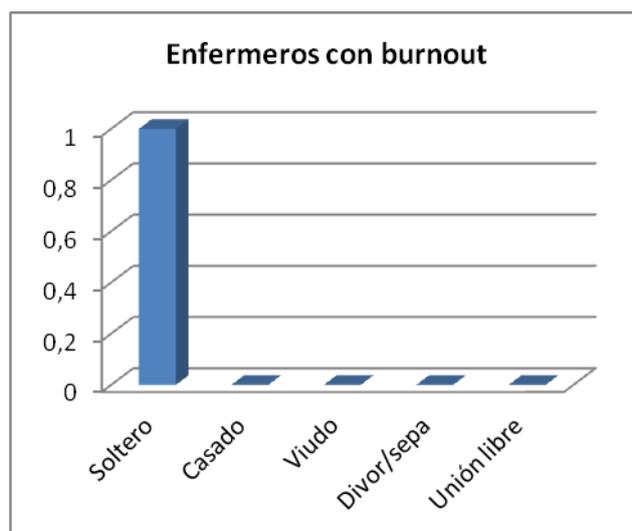
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 5



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 6

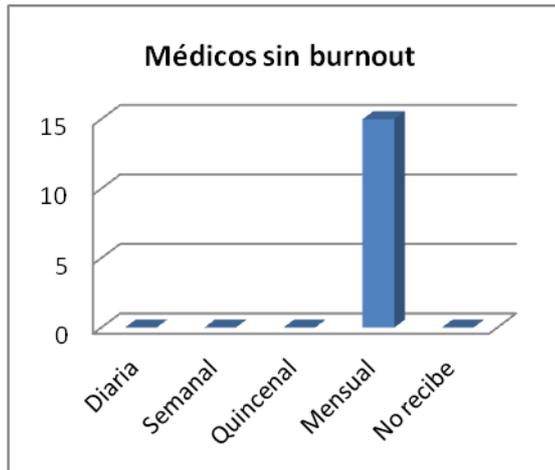


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable podemos observar una pequeña diferencia en los grupos sin burnout, en el que los médicos presentan casos de divorciados, y en el caso del grupo con burnout, el 100% son solteros.

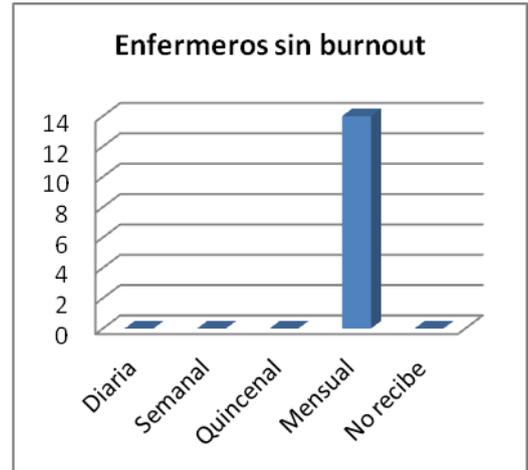
REMUNERACIÓN SALARIAL

Gráfico N° 7



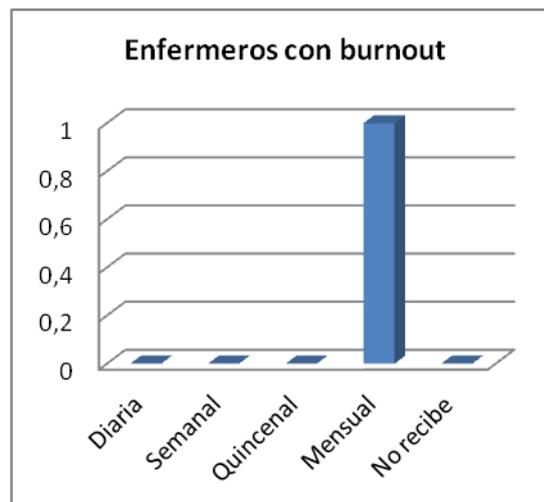
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 8



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 9

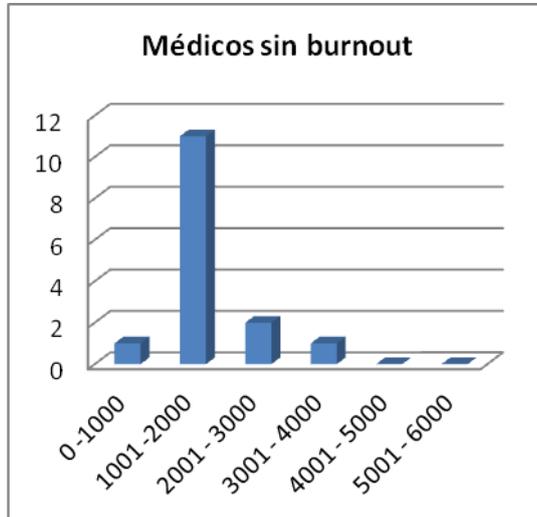


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El 100% de los casos de los tres grupos recibe remuneración mensual.

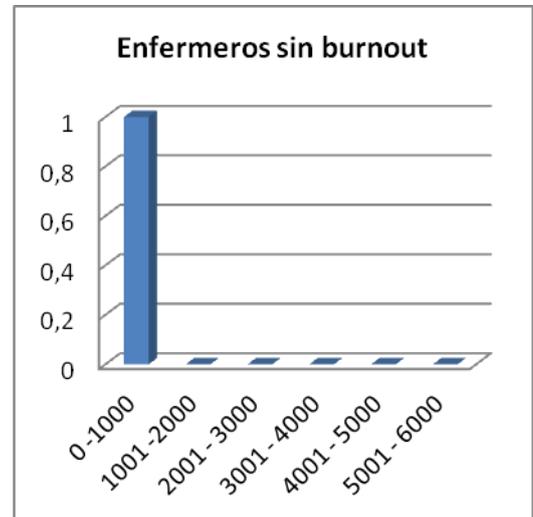
VALOR SALARIAL

Gráfico N° 10



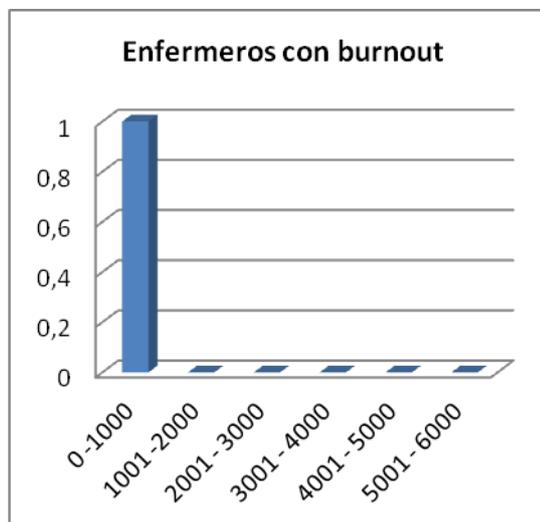
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 11



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 12

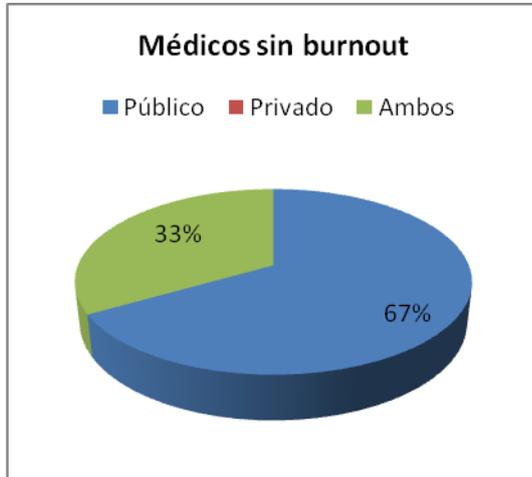


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El valor salarial es el mismo en el grupo de enfermeros entre 0 y 1000 y en los médicos la gran mayoría percibe entre 1000 y 2000.

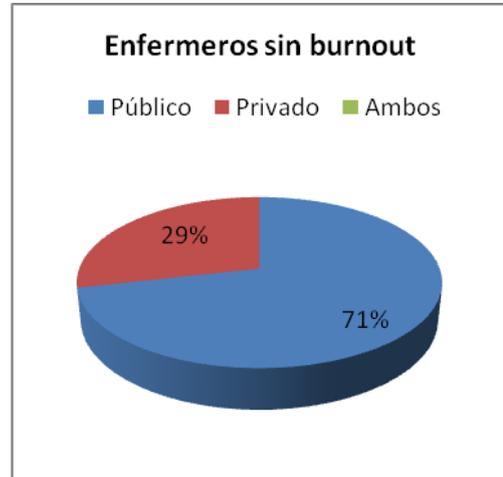
SECTOR DE TRABAJO

Gráfico N° 13



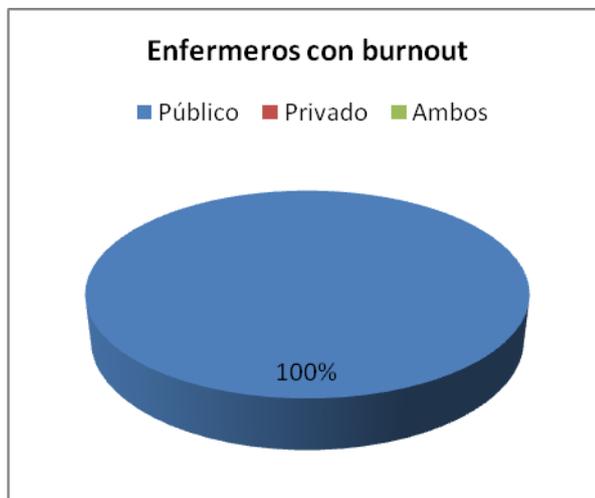
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 14



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 15

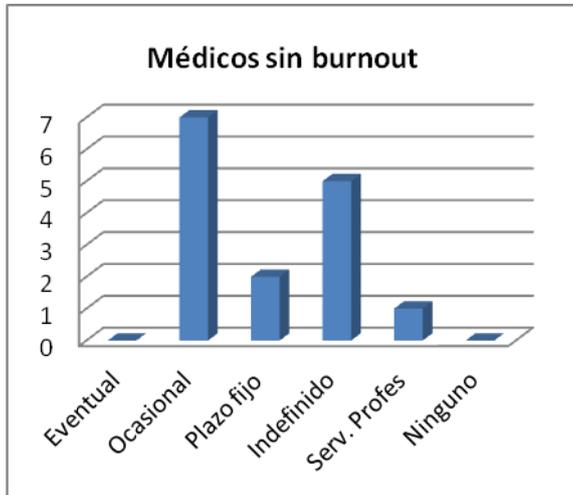


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable se puede ver que el trabajar en el sector público y privado sólo se da en una parte de la muestra de los médicos 33%. En el caso de los enfermeros de los dos grupos, o bien trabajan en el sector público o en el privado.

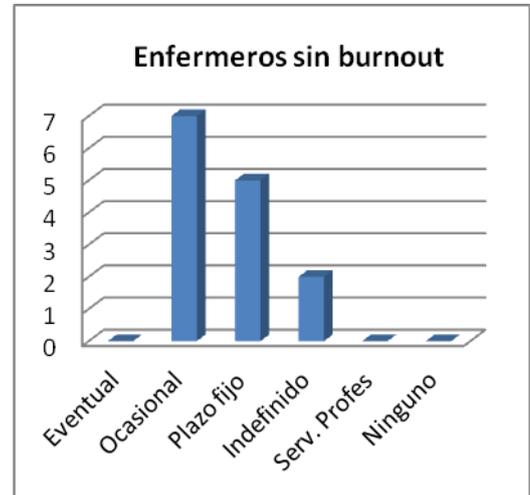
TIPO DE CONTRATO

Gráfico N° 16



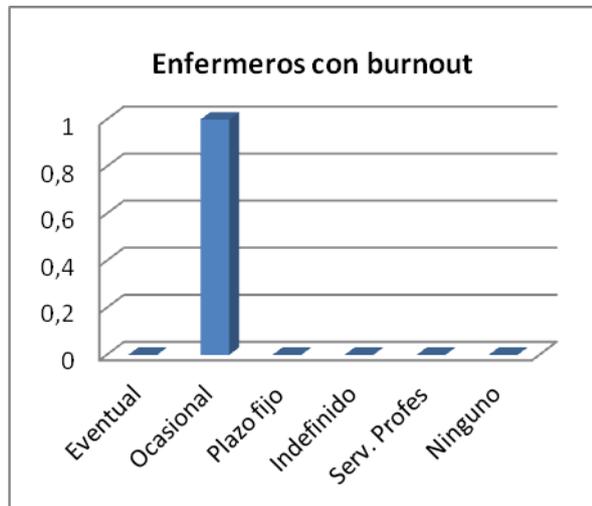
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 17



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 18

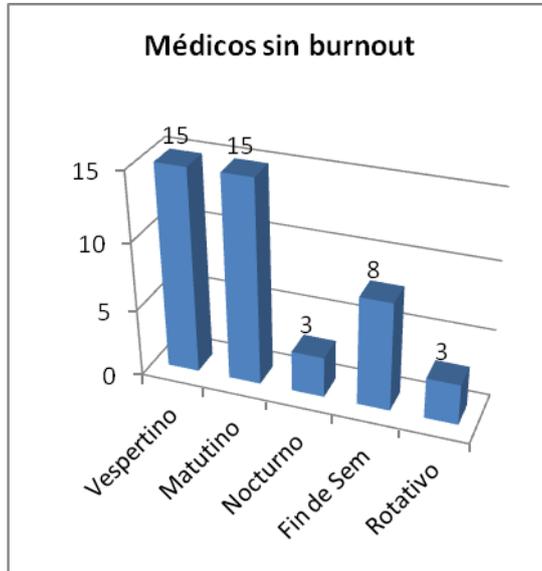


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Hay una mayoría en los tres grupos que cuentan con contratos ocasionales, sin embargo hay que destacar que en el caso del primer grupo hay una cantidad importante de médicos con contratos indefinidos.

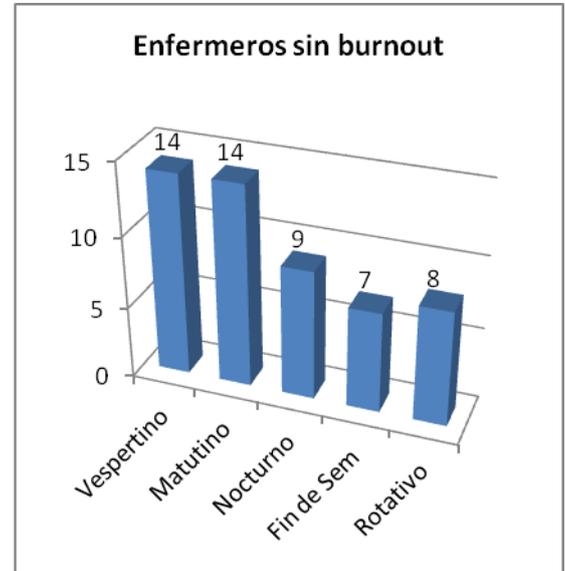
TURNOS

Gráfico N° 19



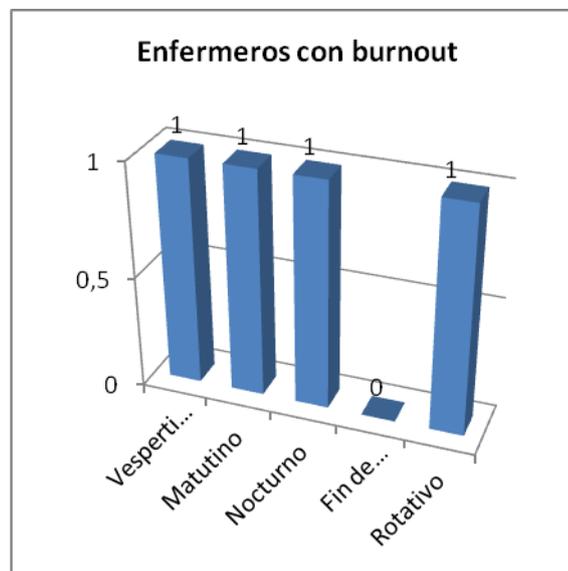
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 20



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 21



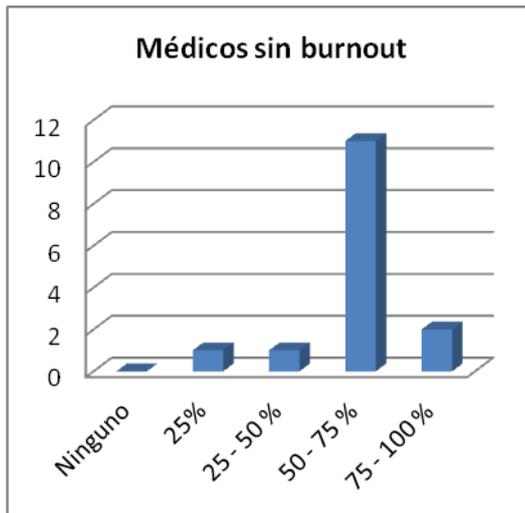
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se puede apreciar una baja incidencia de turnos nocturnos y rotativos en el grupo de médicos mientras que en el grupo de enfermeros sin burnout aproximadamente la

mitad realiza estos horarios, y el caso del grupo con burnout toda la muestra trabaja en turnos nocturnos y rotativos.

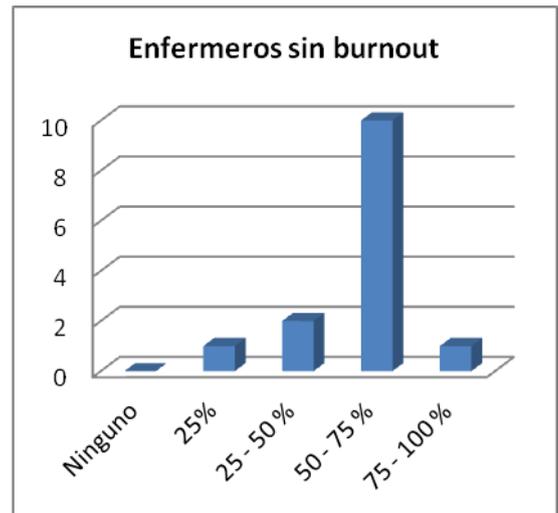
% DE PACIENTES DIARIOS

Gráfico N° 22



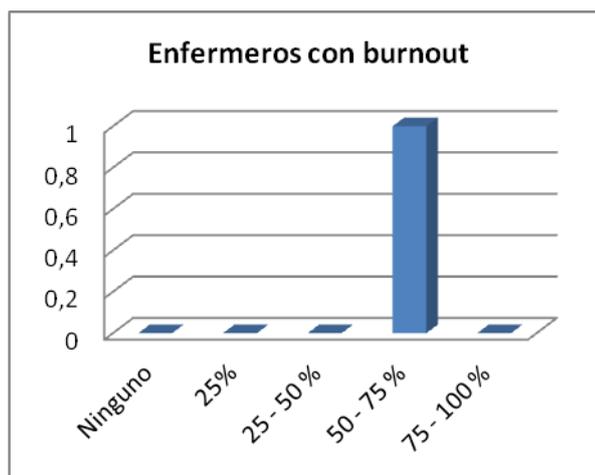
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 23



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 24

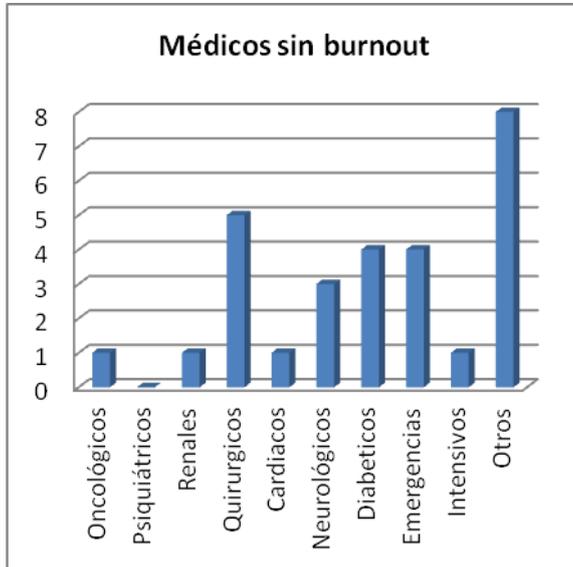


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En los tres grupos se aprecia un porcentaje de 50 a 75% del tiempo empleado en la atención de pacientes.

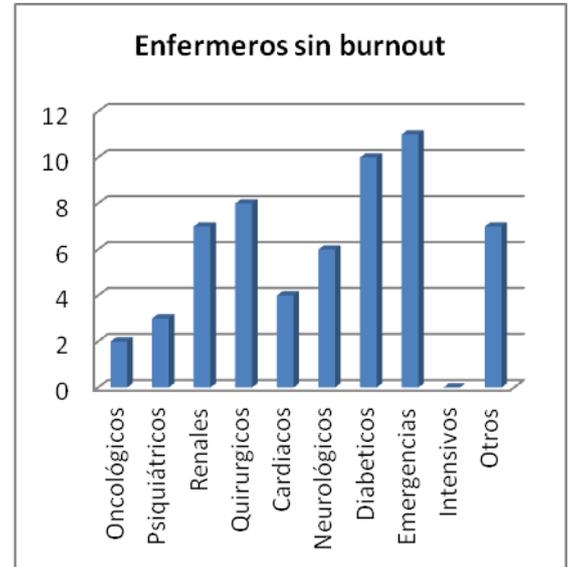
TIPOS DE PACIENTES

Gráfico N° 25



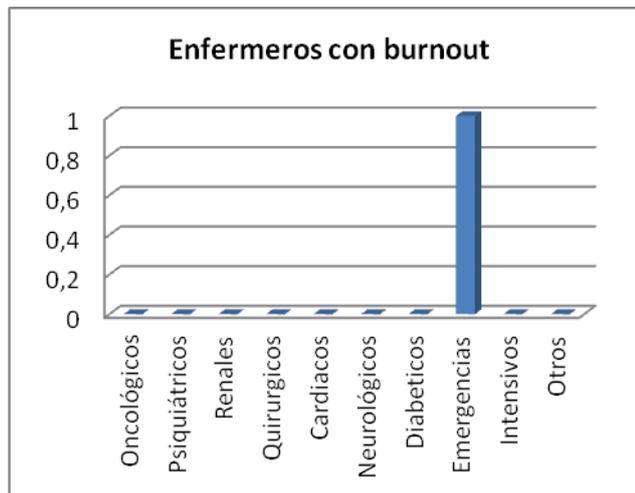
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 26



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 27



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Al comparar los médicos y enfermeros sin burnout se puede notar que los enfermeros atienden a una gama más variada de pacientes, en el caso del grupo de enfermeros con burnout, la atención se da exclusivamente en el área de emergencias.

TABLA Nº 3
CUADRO RESUMEN DE PROMEDIOS

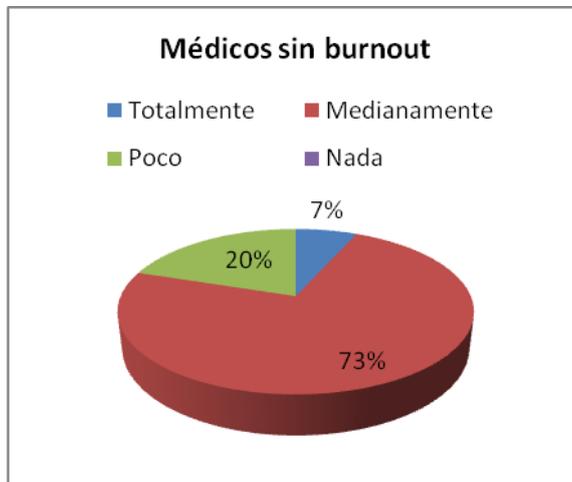
Promedio	Médicos sin burnout	Enfermeros sin burnout	Enfermeros con burnout
Edad	38,7	33,3	26
Hijos	1,3	1,1	1
Años de trabajo	12,3	7,4	2
Instituciones trabajadas	1,5	1,1	1
Horas diarias	9,7	7,4	8
Horas semanales	46,5	38	40
Guardias nocturnas horas	24	14,7	12
Guardias nocturnas días	10,5	3,1	3
Pacientes por día	24,5	54,4	80
Pacientes fallecidos	1,7	1,7	1
Días de permiso	9,5	13,7	0

Fuente: médicos y enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se destaca una diferencia importante en el promedio de pacientes atendidos entre médicos y enfermeros sin burnout de más del doble y sobre todo en el grupo de enfermeros con burnout que es aún mayor. Las demás variables se muestran cercanas con excepción del promedio de días de permisos que en el grupo con burnout en el 100% no hay permisos.

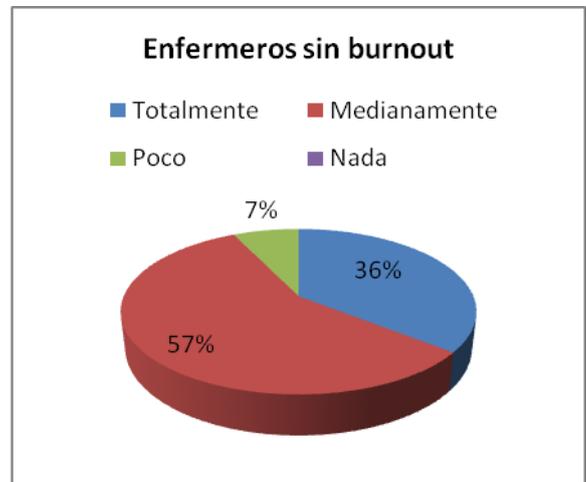
RECURSOS NECESARIOS

Gráfico N° 28



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 29



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 30

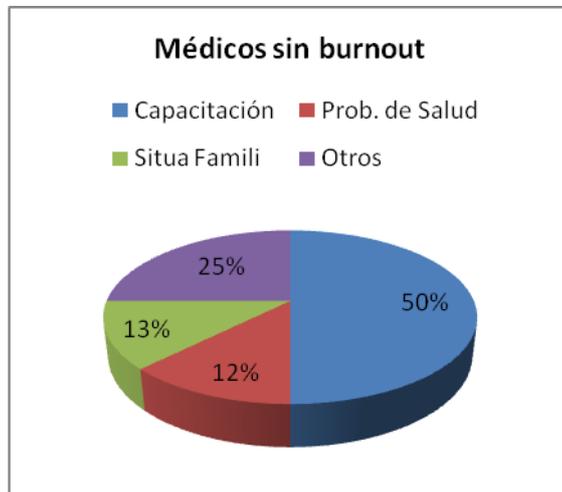


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En los casos sin burnout, la percepción de recibir los recursos necesarios es mejor en los enfermeros con 93% que se siente entre total y medianamente satisfecho, pero en el grupo con burnout es bastante negativa, ya que el 100% se siente poco satisfecho.

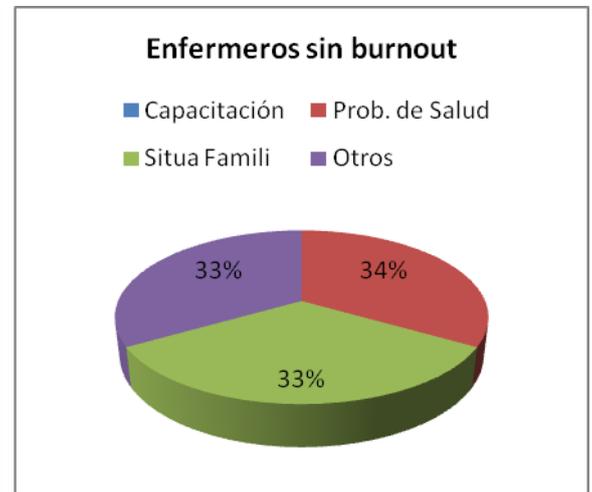
CAUSAS DE PERMISOS

Gráfico N° 31



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 32

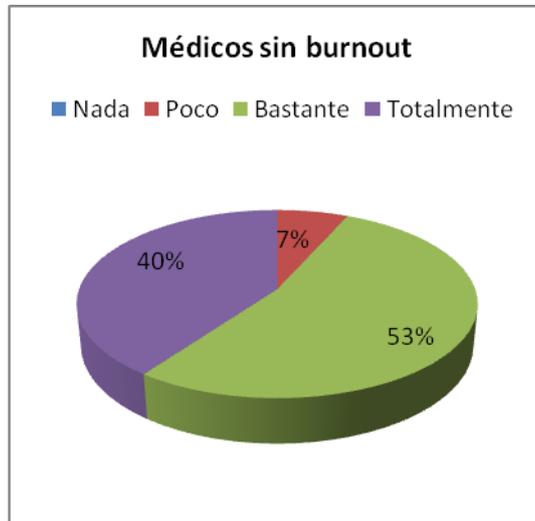


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Mientras que la mayoría de los médicos, el 75% expresa haber solicitado permisos por cuestiones de capacitación, y otras causas, el 34% de los enfermeros sin burnout lo ha hecho por problemas de salud. En el grupo de los enfermeros con burnout no hubo solicitud de permisos en el último año.

VALORACIÓN DE PACIENTES

Gráfico N° 33



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 34



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 35



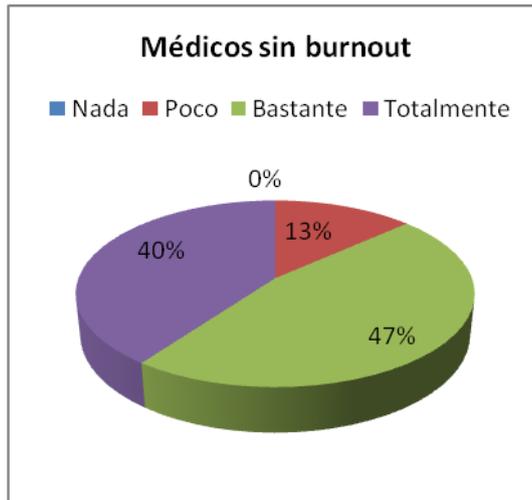
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable al igual que en la anterior, la valoración de los enfermeros sin burnout es más positiva que la de los médicos, ya que en estos últimos se observa un 7% que

se siente poco valorado. En el caso de enfermeros con burnout, el 100% afirma sentirse bastante valorado por sus pacientes.

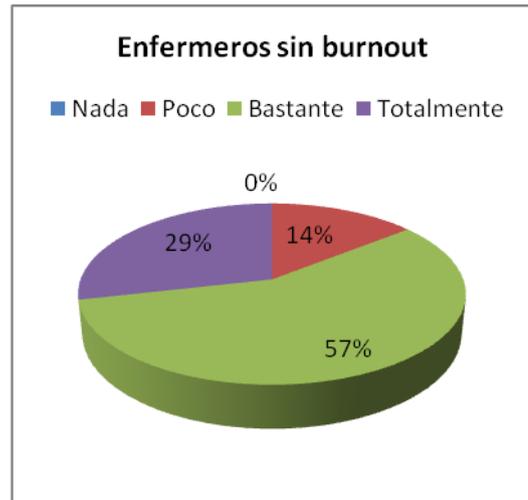
VALORACIÓN FAMILIARES

Gráfico N° 36



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 37



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 38



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En cuanto a la valoración desde los familiares, el grupo de médicos es el que tiene una percepción más positiva con 87% entre bastante y totalmente.

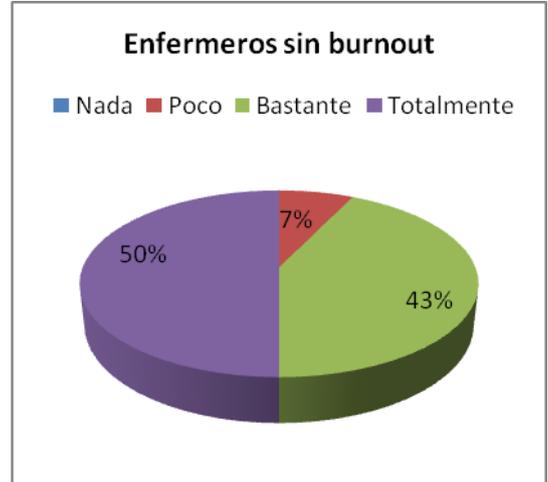
VALORACIÓN COLEGAS

Gráfico Nº 39



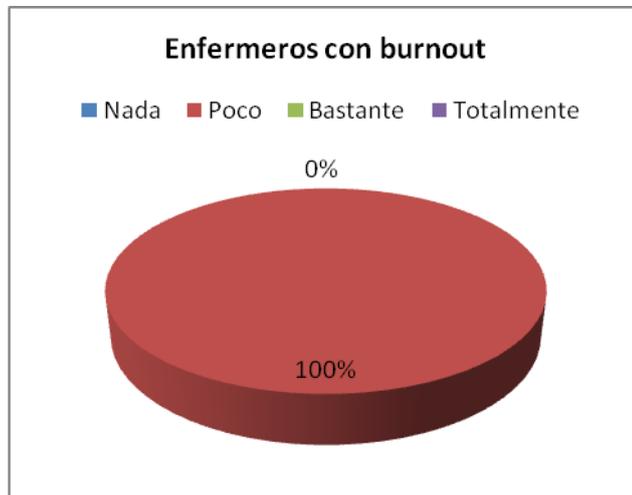
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 40



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 41



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se puede ver claramente que mientras la percepción de valoración por parte de los colegas es altamente positiva en los grupos de médicos con 100% que se siente bastante y totalmente valorado y enfermeros sin burnout con 93% que se siente bastante valorado, es contraria en los enfermeros con presencia del síndrome grupo en el que el 100% se siente poco valorado por sus colegas.

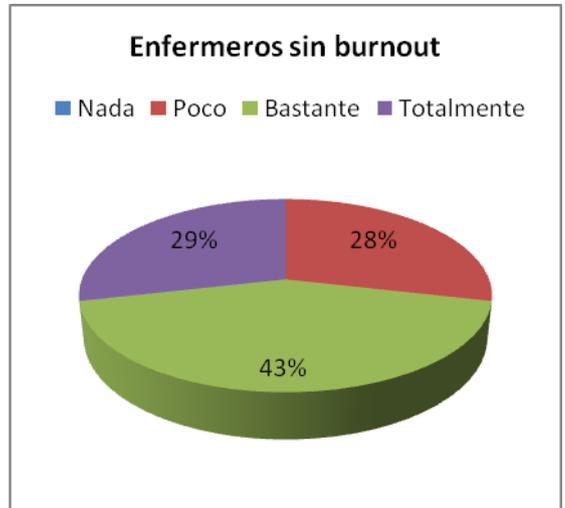
VALORACIÓN DIRECTIVOS

Gráfico N° 42



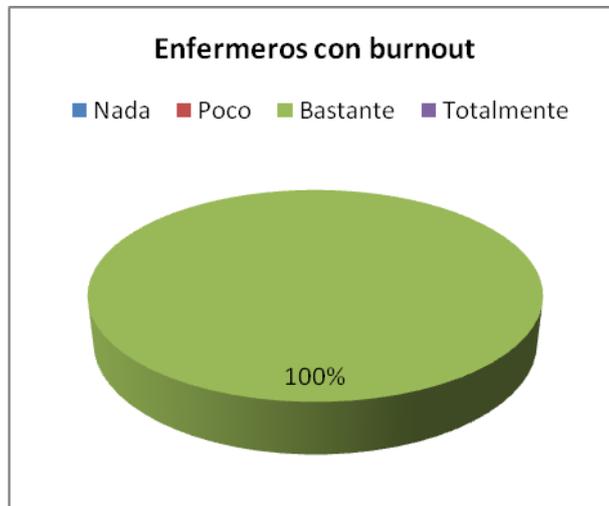
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 43



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 44

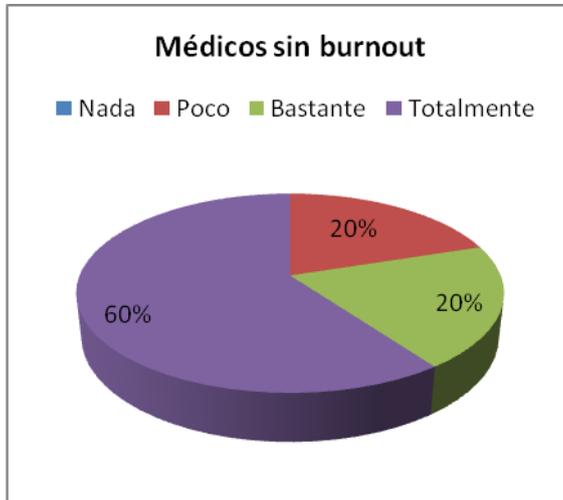


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable se puede observar que en el grupo de enfermeros sin burnout existe un importante porcentaje, el 28% que se siente poco valorado por los directivos de la institución, a diferencia de los otros dos grupos el 100% se siente bastante y totalmente valorado.

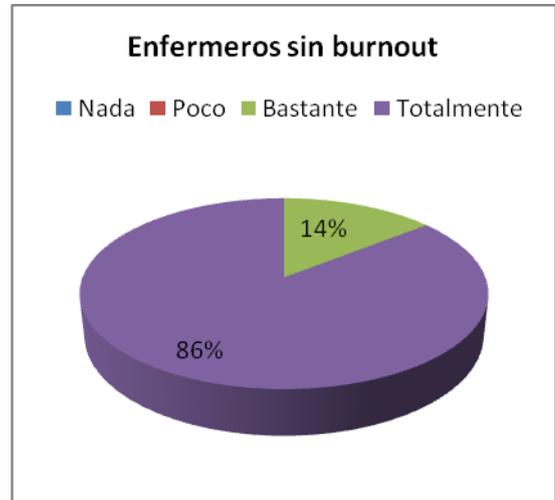
SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

Gráfico N° 45



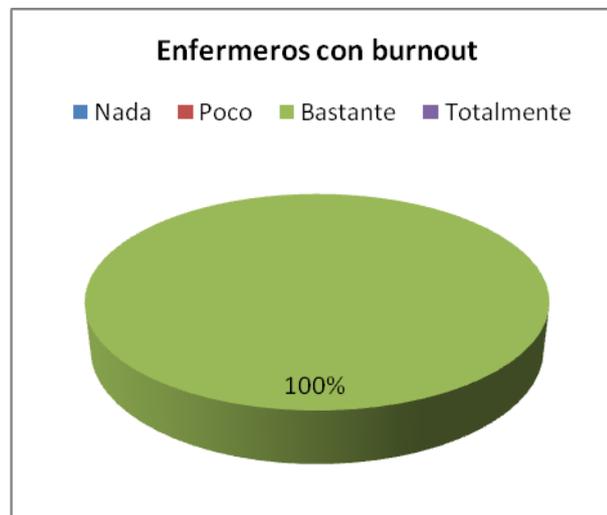
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 46



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 47



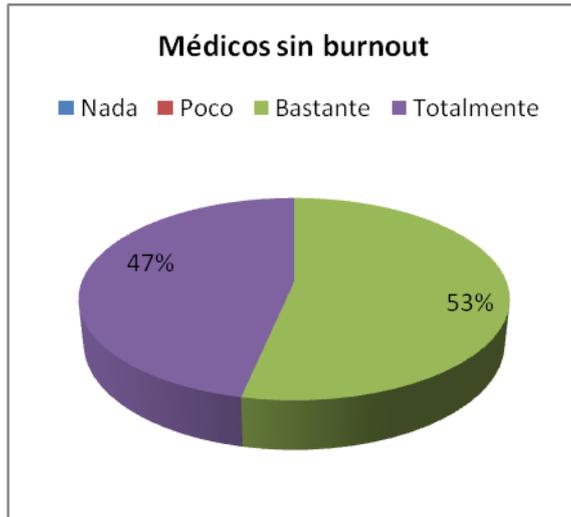
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En los tres grupos los niveles de satisfacción son altos, sin embargo no se puede dejar de notar que el 20% de los médicos sin burnout, se siente poco satisfecho con su trabajo, mientras que los enfermeros sin burnout, el 86% se considera totalmente

satisfecho con su trabajo, y los enfermeros con burnout, el 100% se siente bastante satisfecho.

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES

Gráfico N° 48



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 49



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 50

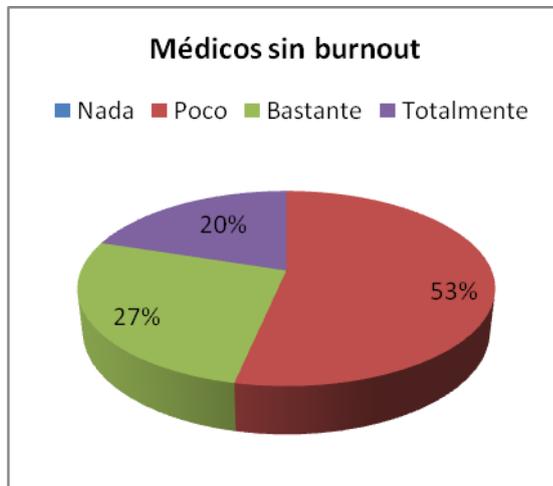


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los tres grupos muestran valoraciones positivas, el 100% de los 3 grupos considera que interactúa entre bastante y totalmente con sus pacientes.

APOYO DIRECTIVOS

Gráfico Nº 51



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 52



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 53

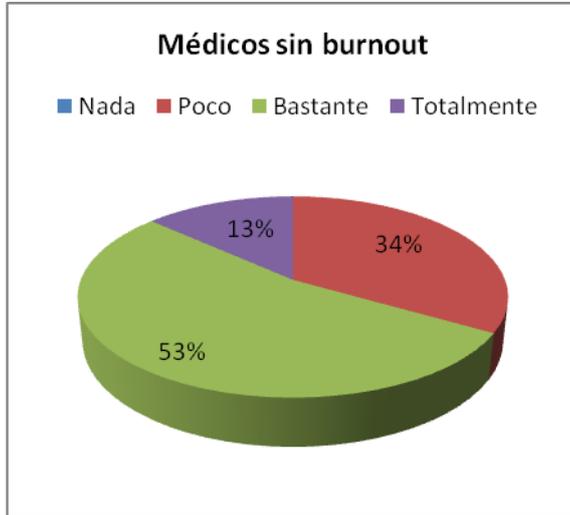


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Mientras la visión de apoyo recibido por parte de los directivos en el caso de los médicos sin burnout es mayoritariamente negativa, con 53% que la califica como poco, es positiva en el caso de los enfermeros sin burnout con un 57% entre bastante y totalmente. En el grupo que presenta el síndrome el 100% percibe que el apoyo que recibe es poco.

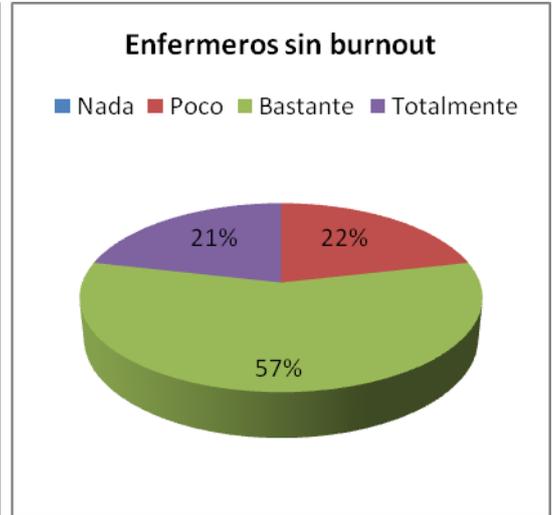
COLABORACIÓN COLEGAS

Gráfico N° 54



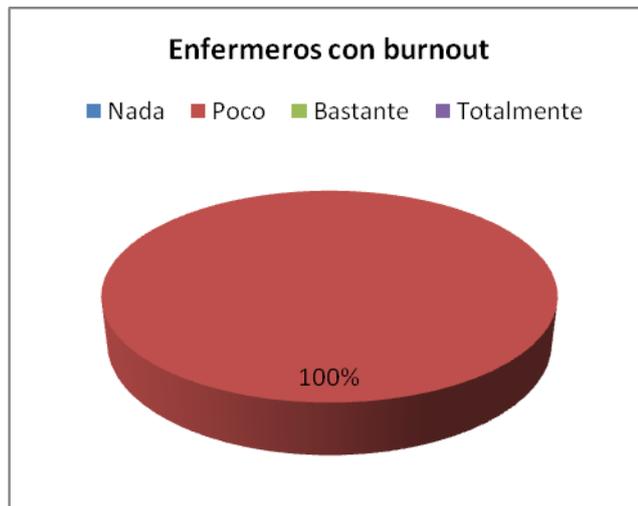
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 55



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 56



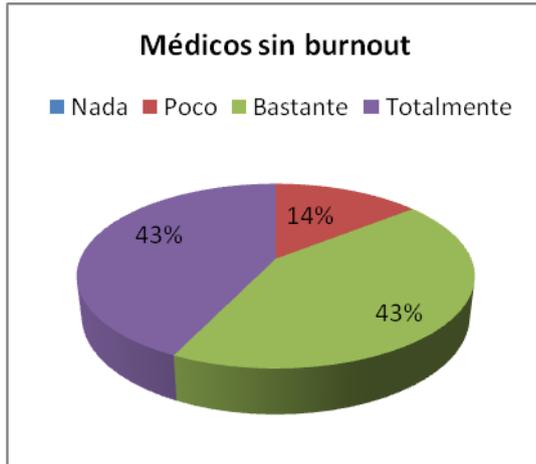
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se puede apreciar una clara diferencia en el grupo de enfermeros con burnout en el que se expresa una percepción de poca colaboración de los colegas, mientras que en

los otros grupos la visión es más bien positiva con 66% de médicos y 79% de enfermeros que califican con bastante y totalmente la colaboración de sus colegas.

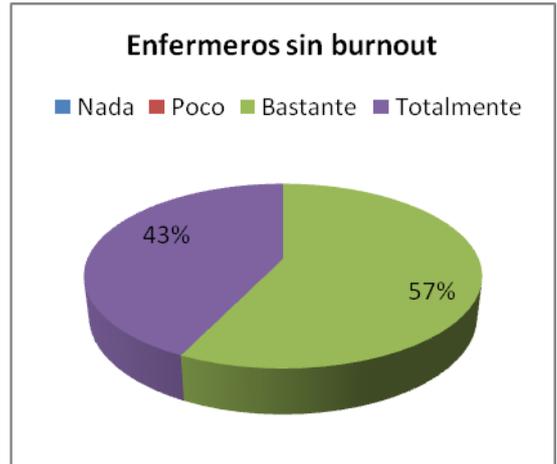
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA

Gráfico Nº 57



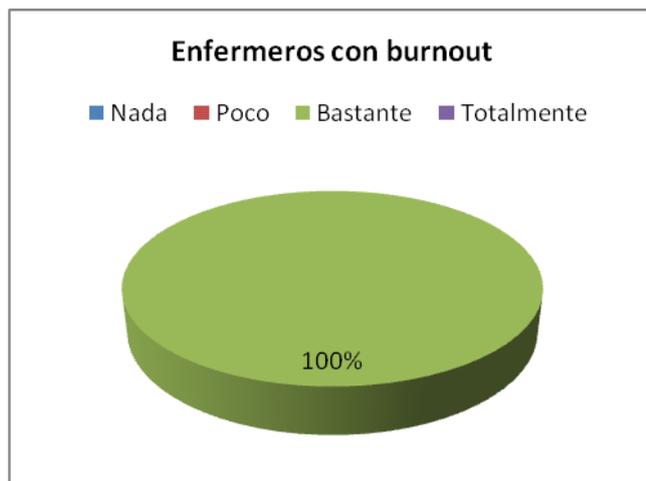
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 58



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 59



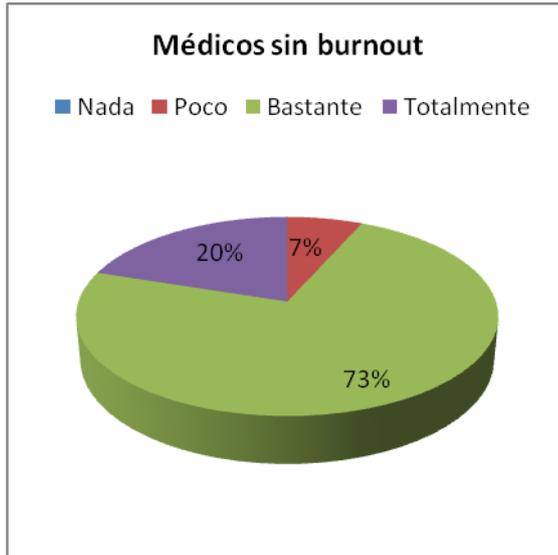
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El mayor nivel de satisfacción con su experiencia profesional se da en el grupo de enfermeros sin burnout con un 100% entre bastante y totalmente; en los médicos sin

burnout encontramos en concordancia con variables anteriores que existe un 14% que se siente poco satisfecho, y en los enfermeros con burnout el 100% se muestra bastante satisfecho.

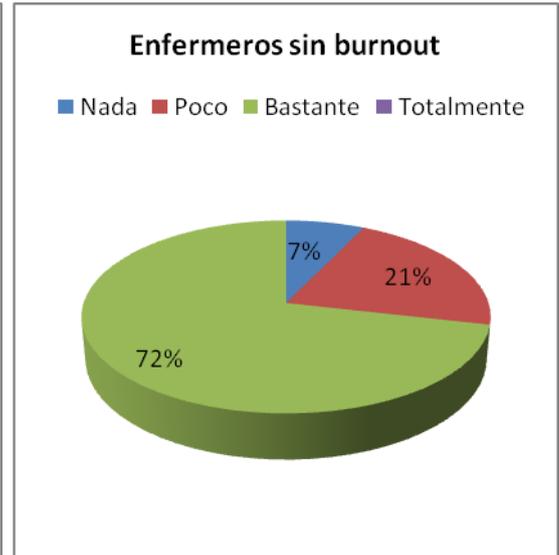
ECONOMÍA

Gráfico N° 60



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 61



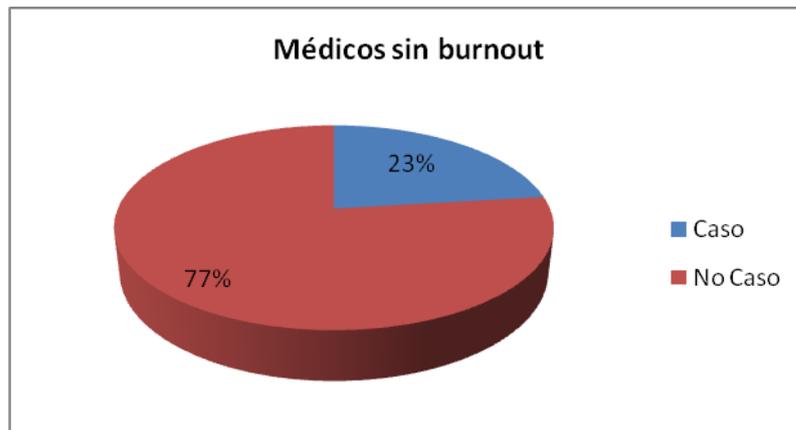
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 62

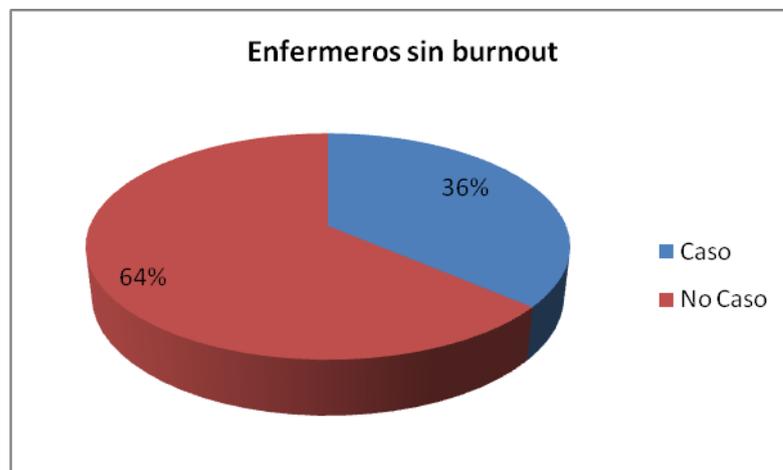


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En médicos y enfermeros sin burnout el mayor porcentaje está bastante satisfecho con su situación económica, 73% y 72% respectivamente, hay que destacar que en un considerable 20% los médicos están totalmente satisfechos mientras que los enfermeros en un similar 21% están poco satisfechos. El grupo de los enfermeros con burnout se siente poco satisfecho con su economía.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)**SÍNTOMAS SOMÁTICOS****Gráfico N° 63**

Fuente: médicos a través del cuestionario GHQ-28

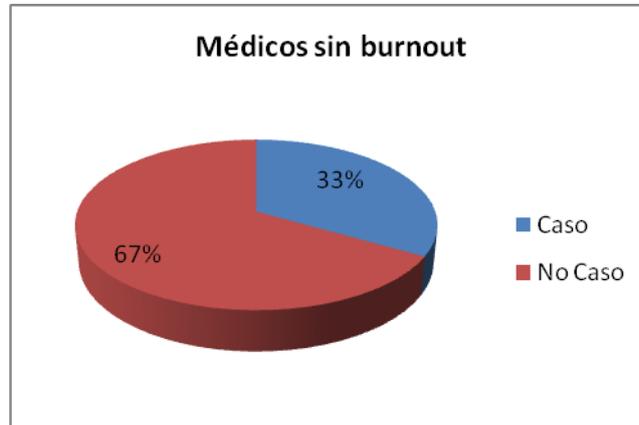
Gráfico N° 64

Fuente: enfermeros a través del cuestionario GHQ-28

Se puede observar una incidencia mayor de presencia de síntomas somáticos en los enfermeros sin burnout que en los médicos, los primeros con 36% de casos y los segundos con 23% de casos; en el caso de los enfermeros con burnout, no se presentan casos.

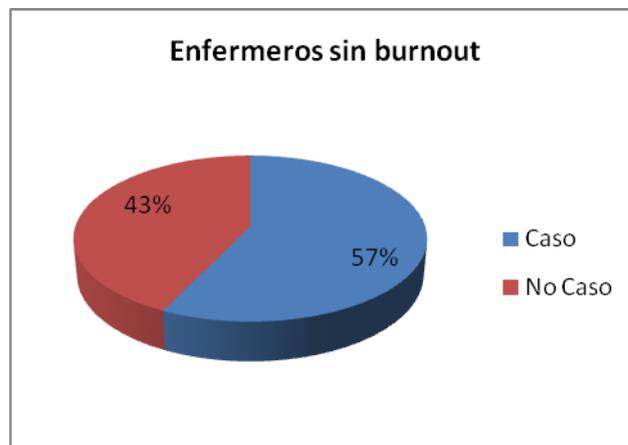
ANSIEDAD

Gráfico Nº 65



Fuente: médicos a través del cuestionario GHQ-28

Gráfico Nº 66

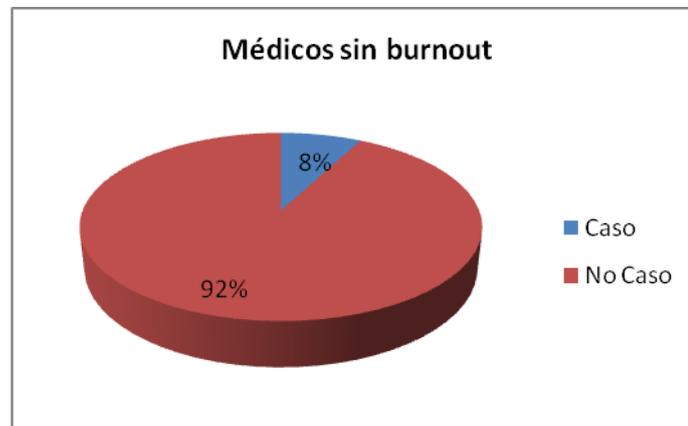


Fuente: enfermeros a través del cuestionario GHQ-28

Se ve una clara mayor presencia de casos de ansiedad en los enfermeros sin burnout con 57% de casos, en los médicos se puede apreciar 33% de casos; en los enfermeros con burnout, no se presentan casos.

DISFUNCIÓN SOCIAL

Gráfico N° 67

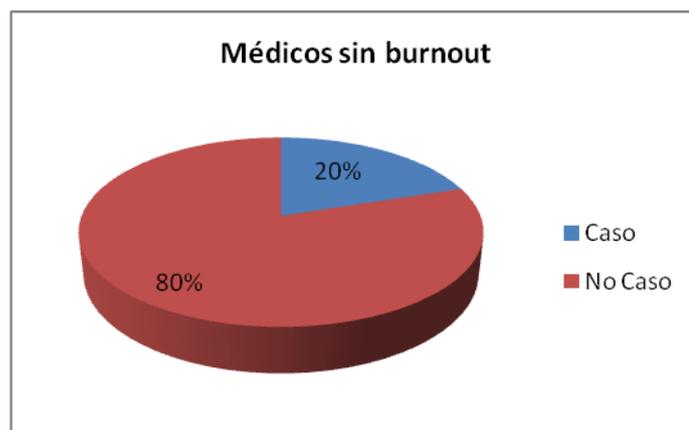


Fuente: médicos a través del cuestionario GHQ-28

Solo se presenta un pequeño porcentaje de casos, el 8% en el grupo de médicos sin burnout.

DEPRESIÓN

Gráfico N° 68

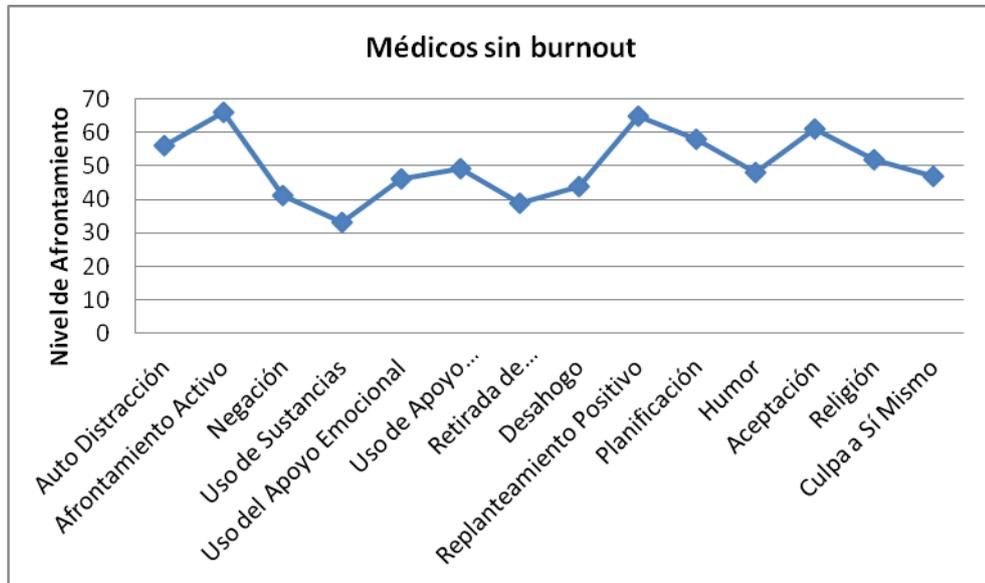


Fuente: médicos a través del cuestionario GHQ-28

Se presenta un importante 20% únicamente en el grupo de médicos sin burnout.

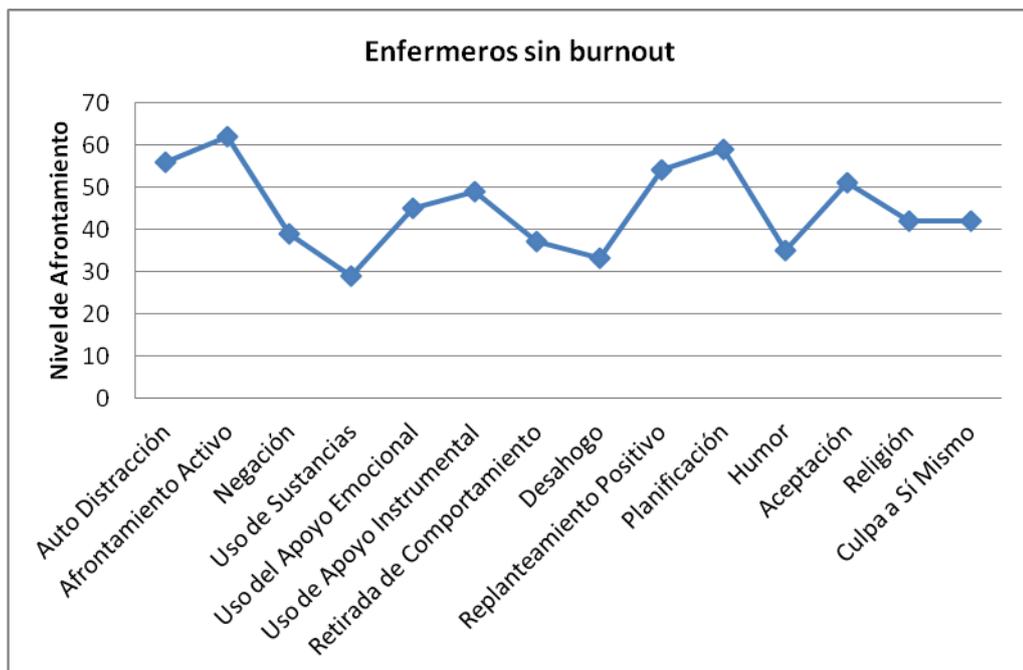
CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Gráfico N° 69



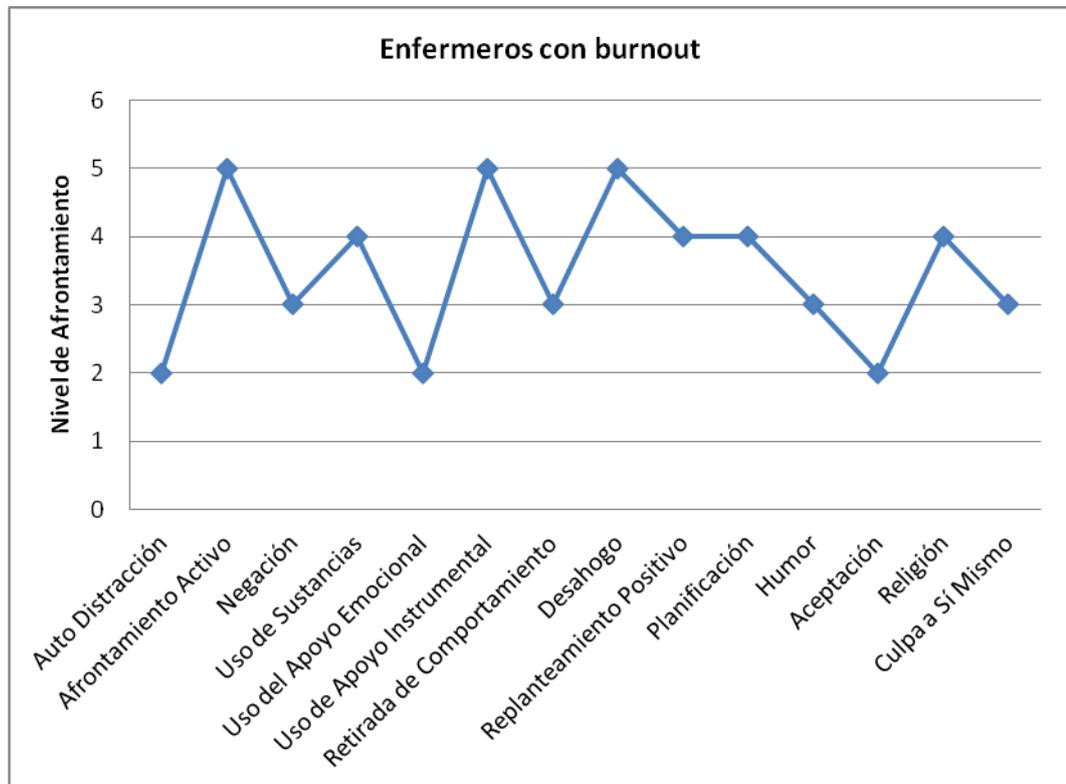
Fuente: médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico N° 70



Fuente: enfermeros a través del cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico N° 71



Fuente: enfermeros a través del cuestionario BRIEF-COPE

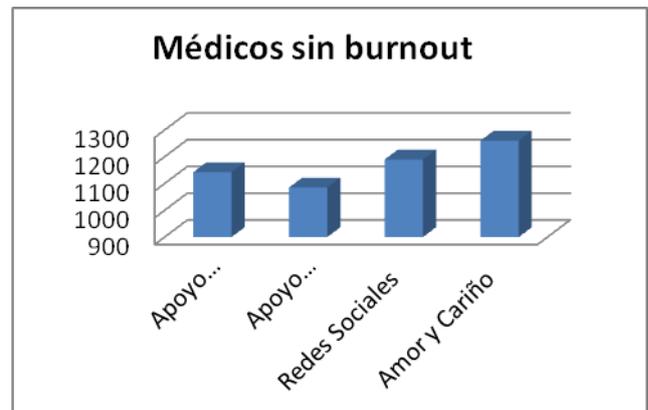
En cuanto a los tipos de afrontamiento que nos señala el cuestionario BRIEF-COPE, podemos apreciar que las gráficas en que se encuentran los resultados obtenidos entre médicos y enfermeros sin el síndrome, son en general parecidas excepto el ítem sobre el humor que es claramente más bajo en los enfermeros; en el caso que presenta el síndrome, vemos una gráfica con picos altos y bajos donde se puede destacar un valor muy bajo de auto - distracción, muy bajo en uso de apoyo emocional, muy alto en el uso de apoyo instrumental, a diferencia de los otros dos grupos.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

MÉDICOS SIN BURNOUT

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	$1142,5/15=76$
Apoyo Instrumental	$1085/15=72$
Redes Sociales	$1190/15=74$
Amor y Cariño	$1260/15=84$

Gráfico N° 72

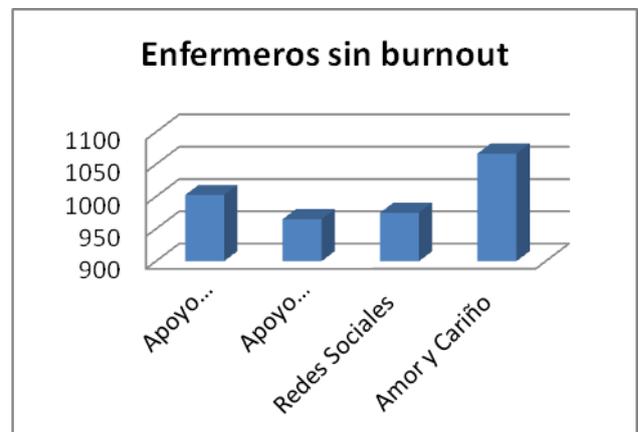


Fuente: médicos a través del cuestionario de apoyo social

ENFERMEROS SIN BURNOUT

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	$1002,5/14=72$
Apoyo Instrumental	$965/14=69$
Redes Sociales	$975/14=70$
Amor y Cariño	$1066,66/14=76$

Gráfico N° 73

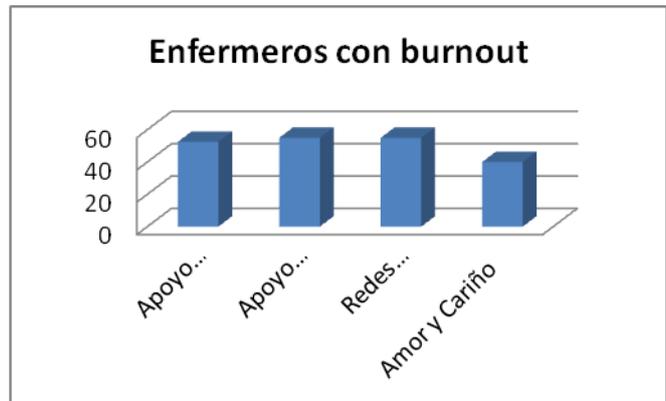


Fuente: enfermeros a través del cuestionario de apoyo social

Gráfico N° 74

ENFERMEROS CON BURNOUT

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	52,5
Apoyo Instrumental	55
Redes Sociales	55
Amor y Cariño	40

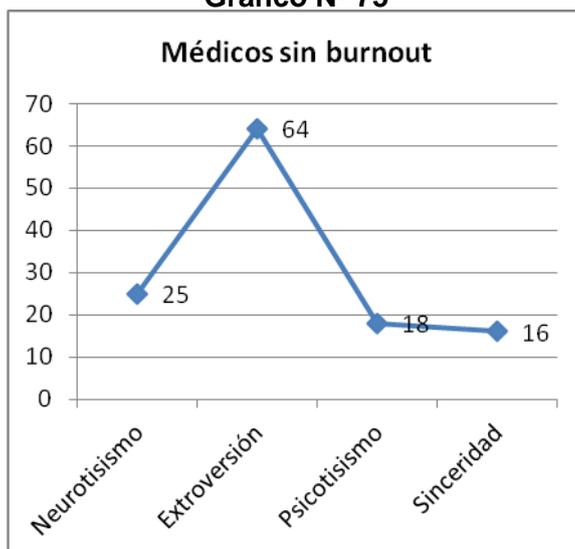


Fuente: enfermeros a través del cuestionario de apoyo social

En este cuestionario se marca gran diferencia en el caso que presenta el síndrome ya que como puede observarse, la puntuación mínima en los dos grupos que no muestran burnout, tomando en cuenta la cantidad de miembros del grupo, es decir sacando la media es 69; valor muy por encima de los resultados del sujeto del tercer grupo que si presenta el síndrome.

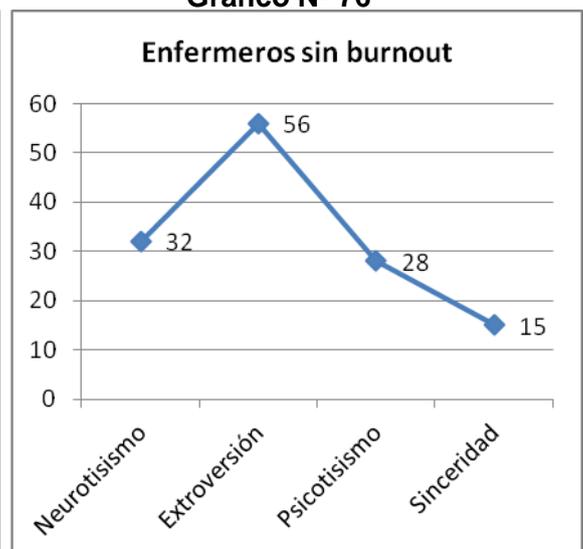
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Gráfico N° 75



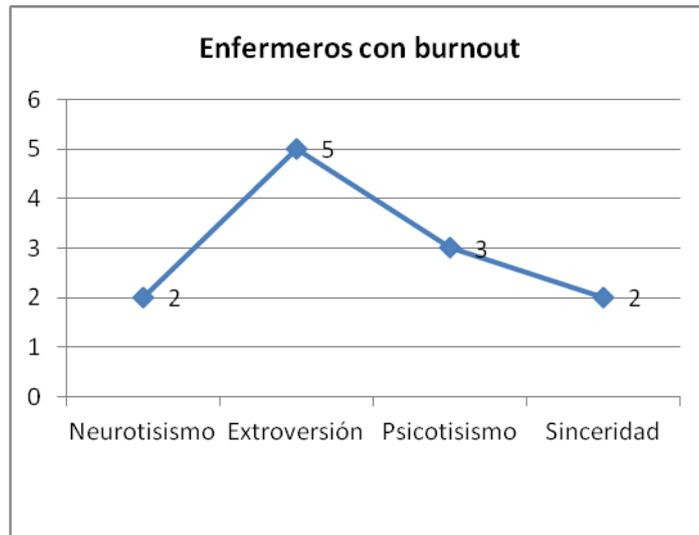
Fuente: médicos a través de cuestionario de personalidad

Gráfico N° 76



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de personalidad

Gráfico N° 77



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de personalidad

El nivel de sinceridad se puede ver significativamente mayor en el grupo de enfermeros con burnout, el psicoticismo es menor en el caso de los médicos que en el caso de los enfermeros, siendo de 14,6 en médicos; de 21,4 en enfermeros sin burnout y de 25 en enfermeros con burnout. A diferencia, el neuroticismo es significativamente menor en el caso de enfermeros con burnout, con una puntuación de 16.6 y de 24,4 en enfermeros sin burnout y 20,3 en médicos.

6. DISCUSIÓN

Se pudo percibir resistencia en algunos de los profesionales en parte de esta investigación, mismos que expresaron temores referentes a la utilización de los resultados que se arrojen; las recientes evaluaciones realizadas por el gobierno central a varias instituciones públicas de salud, han generado una suerte de paranoia hacia cualquier tipo de encuesta, evaluación o estudio que se quiera realizar; por lo que se encontró profesionales renuentes a dar información como sus nombres, números de cédula, teléfonos y otro tipo de información personal; fue necesaria una detallada explicación del tipo de estudio que se realizaba y de la independencia de la Universidad Técnica Particular de Loja frente a los estamentos estatales; esta situación puede haber interferido en la veracidad de algunas variables lo que probablemente afectó la identificación de más casos con presencia del síndrome.

Es importante señalar que el contexto de la ciudad de Cayambe, en la que se llevó a cabo esta investigación, es distinto al de las grandes ciudades del país. La cotidianidad cayambeña se desarrolla en forma tranquila, sin el acelerado ritmo de las urbes; en un ambiente sin contaminación, sin excesivo tráfico vehicular, y sin el ajetreo de las grandes distancias; este ritmo de vida más sosegado puede ser también considerado un factor protector ante el burnout. El estilo de interrelación de la población más bien campechano y de vecindario, facilita mucho la socialización y el acoplamiento de propios y extraños; esto, sumado al crecimiento del sector florícola y áreas relacionadas y a la alta oferta de empleo en la zona, ha permitido el asentamiento de cientos de familias de todo el país y el mejor entendimiento y respeto de la población local hacia las distintas culturas ecuatorianas y extranjeras, especialmente colombianas, país del que residen en el sector gran cantidad de refugiados que han encontrado en la ciudad, un sitio ideal para su desarrollo.

Específicamente la población de trabajadores del sector de la salud, especialmente los médicos no son originarios del sector, pero gracias a la particularidad del cantón, han podido tener una fácil adaptación a la vida en esta comunidad que es sin duda uno de los lugares con mayor asentamiento de migrantes de las distintas regiones del país.

La cercanía de la ciudad a la capital, es otro factor a considerarse, tomando en cuenta que los servicios de salud disponibles en Quito, hacen que la mayor parte de

situaciones de emergencias graves sean remitidas a esta ciudad. A poco más de una hora de distancia, es frecuente que del hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe se transfieran la mayor parte de situaciones consideradas de gravedad a los distintos hospitales públicos y privados de la capital, lo que puede incidir también como una variable determinante en el número de casos encontrados de burnout en este estudio.

El trabajo de campo realizado en el mencionado centro de salud pública, determina a través del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que se obtiene el 3,3 % de casos de burnout. La presencia del síndrome se da en el grupo de enfermeros y en el caso de los médicos, de los 15 estudiados ninguno presenta el síndrome, por lo que una comparación de datos entre médicos y enfermeros con burnout no es posible, sin embargo revisaremos a grandes rasgos los resultados obtenidos, haciendo énfasis en las variables significativas que den características generales al grupo y marcando las diferencias encontradas entre los médicos y enfermeros sin burnout y los enfermeros con burnout, es decir comparando tres grupos.

La subescala de agotamiento emocional medida por el Maslach Burnout Inventory (MBI) muestra niveles de 80% de casos con nivel bajo en médicos sin burnout y de 72% en nivel bajo para enfermeros sin burnout, mientras que en el grupo con burnout el nivel es de 100% en alto; el agotamiento con nivel medio muestra similar porcentaje de 13% y 14% en los grupos sin burnout, y el nivel de agotamiento alto es de 7% en médicos sin burnout y del doble, es decir del 14% en enfermeros sin burnout, lo que nos permite establecer mayor riesgo en el grupo de enfermeros con respecto a esta variable según la investigación realizada.

El factor despersonalización es bajo en el 100% de médicos sin burnout y en el 91% de enfermeros sin burnout, con el restante 9% con nivel medio de despersonalización en el mismo grupo, mientras que es 100% alto en el grupo de enfermeros con burnout, una vez más marcando un nivel de propensión mayor en este factor en el grupo de enfermeros.

La parte sociodemográfica nos permite ver reflejada en estos profesionales el modo de vida de la sociedad ecuatoriana misma, en cuestiones como la presencia de la gran mayoría de población mestiza, la vivienda compartida con familiares, la diversidad en

cuanto a estado civil, los tipos de contratos de trabajo y de salario; así como especificidades de la profesión de médicos y enfermeros como la alta tasa de profesionales femeninos en enfermería, y con una ligera mayoría masculina en medicina, el trabajo de fines de semana muy presente en ambos casos, las jornadas extendidas, la cercanía constante con situaciones de vida o muerte, el trabajo compartido entre sector público y privado ya que gran parte de los profesionales sobre todo en el caso de los médicos, luego de su jornada hospitalaria, se trasladan a la ciudad de Quito o clínicas privadas de la zona, hacia sus consultorios particulares.

En los tres grupos analizados, más del 70% de la muestra, utiliza su tiempo de trabajo entre el 50% y 75% atendiendo a pacientes de distintas especialidades, cabe resaltar que el grupo que presenta burnout atiende únicamente emergencias, lo cual nos reafirma la idea de que el personal del área de emergencias es el más vulnerable. De igual forma, el grupo que presenta burnout se siente poco valorado por sus colegas, poco apoyado por los directivos, cree que la colaboración de sus compañeros de trabajo es poca y además se siente poco satisfecho con los recursos con los que cuenta para su trabajo y con su economía personal, variables que pueden permitirnos concluir que en este caso, el ambiente laboral con los colegas cuando es negativo afecta a otra serie de factores de vital importancia para que la persona se sienta bien en su sitio de trabajo, lo mismo sucede con el factor económico, ya que al sentirse poco valorados en este sentido, su motivación baja considerablemente, más aún si existen necesidades básicas insatisfechas.

El grupo que no presenta el síndrome muestra en estas variables una percepción mucho más positiva, incluso en el factor económico en el que a pesar de que el nivel de recursos es similar, entre 0 y 1000 dólares para todos los enfermeros, con o sin burnout; el grupo de enfermeros sin burnout en su gran mayoría, el 71%, se siente bastante satisfecho con su situación económica, mientras que el grupo con el síndrome se siente poco satisfecho en este sentido, resultado que nos muestra que la percepción del sujeto es muchas veces más importante que el valor objetivo de la remuneración salarial.

En lo referente al estado actual de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias, los datos sobre síntomas somáticos y ansiedad se muestran más altos en el grupo de enfermeros sin burnout mientras que la disfunción social y la depresión se

ven únicamente en el grupo de médicos sin burnout, lo que podría ser interpretado como diferencias específicas entre los dos tipos de profesionales que se han analizado; mientras que contrario a lo esperado, en el grupo de enfermeros con burnout ninguno de los problemas se ve expresado; por lo que podemos hacer la siguiente hipótesis, es probable que la aparición de otro tipo de problemas de salud mental hagan de puerta de escape para evitar la aparición del burnout o no existe relación alguna entre el burnout y estas variables, o los resultados obtenidos están sesgados.

En cuanto a la relación con las redes de apoyo social, hay que tomar en cuenta que en las tablas de los grupos sin el síndrome, los valores se deberían dividir para el número de miembros, es decir para 15 en el caso de los médicos sin burnout y para 14 en el caso de los enfermeros sin burnout; los resultados obtenidos tienden claramente a enfatizar la influencia positiva de estas redes como factores protectores.

En la escala apoyo social, los grupos sin burnout médicos y enfermeros, presentan resultados similares puntuando en apoyo emocional sobre los 70 puntos, mientras que el grupo con burnout marca 52,5 puntos; lo que nos señala la importancia de esta red de apoyo, referida sobre todo a la presencia de familiares y amigos cercanos con los que el sujeto pueda contar. En apoyo instrumental, referido a la percepción del sujeto de las facilidades y herramientas con las que cuenta a la hora de enfrentar todo tipo de conflictos, notamos también importantes diferencias en los datos obtenidos; médicos sin burnout con 72 puntos, enfermeros sin burnout con 69 puntos y enfermeros con burnout con 55 puntos. En redes sociales de ocio y distracción, los resultados son semejantes, médicos sin burnout con 74 puntos, enfermeros sin burnout con 70 puntos y enfermeros con burnout con 55 puntos; y en el ítem referente a amor y cariño, la diferencia es más contundente con resultados de 84 puntos en médicos sin burnout, de 76 puntos en enfermeros sin burnout y de 40 puntos en enfermeros con burnout, por lo que en esta investigación se puede afirmar por los resultados obtenidos en este apartado, como ya se ha establecido por distintos autores citados anteriormente, la importancia de las redes de apoyo social como factores protectores ante el burnout es innegable.

Referente a los modos de afrontamiento ante situaciones estresantes, de los tres grupos analizados podemos destacar una diferencia interesante en el uso de

sustancias, siendo este un modo negativo de afrontamiento, tiene una presencia menor en los grupos de médicos y enfermeros sin burnout, que en el grupo que presenta el síndrome; de igual forma sucede con el uso de apoyo emocional, que siendo una forma positiva de afrontamiento es alto en los grupos sin burnout y es significativamente bajo en el grupo con burnout. El modo de afrontamiento aceptación que podría interpretarse como positivo en algunos casos y negativo en otros, siendo positivo como una aceptación ante situaciones que escapan del control del sujeto y que son aceptables, y siendo negativo si encierra un conformismo y falta de acción, también muestra una clara diferencia entre el grupo de médicos y enfermeros sin burnout, en el que el nivel es alto, mientras que en los enfermeros con burnout es bajo.

A diferencia el uso de la religión como modo de afrontamiento se muestra mayor en el grupo de enfermeros con burnout a diferencia de los otros dos grupos que no presentan el síndrome; este modo de afrontamiento puede interpretarse tanto negativa como positivamente. Siendo negativo si se utiliza como excusa para no enfrentar los problemas, o para aceptar de manera conformista situaciones que podemos mejorar y siendo positivo si se constituye como un factor motivador para un crecimiento personal y espiritual del sujeto que lo impulse a realizar de mejor manera su trabajo, mostrando mayores niveles de solidaridad y tolerancia con sus colegas, con sus pacientes en el caso de los trabajadores de la salud, y con su comunidad.

En el caso de la personalidad, de la que hemos hablado en esta investigación como uno de los factores protectores más importantes contra el síndrome de burnout, se marcan algunas similitudes en los tres grupos estudiados, como el hecho de que el principal rasgo sea extroversión, con un 52% en los médicos sin burnout, 56% en los enfermeros sin burnout y 42% en los enfermeros con burnout; el neuroticismo es claramente menor en el grupo que presenta el síndrome con 16% mientras que en los otros dos grupos es superior al 25%, lo cual puede hacernos pensar en la incidencia de este rasgo de personalidad, de igual manera es destacable el hecho de que quien tiene mayor índice de sinceridad, es el caso que presenta el síndrome, es posible que otros sujetos hayan enmascarado parte de la información obtenida, a pesar de que en los tres grupos los niveles de este factor son similarmente bajos.

Como se puede observar en este apartado, existen algunas variables relacionadas con el burnout, siendo las más claras las mostradas por los resultados referentes a las

redes sociales de apoyo con las que cuenta el sujeto, como factores protectores, y también sobre algunos estilos de afrontamiento ante las situaciones estresantes que muestran algunas diferencias importantes entre los grupos con y sin burnout estudiados en esta investigación.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El nivel de burnout encontrado en el presente estudio es más bajo de lo esperado, se encuentra un solo caso en 30 profesionales, lo cual es positivo viéndolo desde el punto de vista del estado de salud de los miembros del sistema de profesionales sanitarios en el país, y en este caso específicamente del Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe.
- En cuanto a las características sociodemográficas y laborales presentadas por los sujetos de esta investigación, se puede ver que tenemos diversas formas de vida; una mayor cantidad de médicos de sexo masculino y de enfermeros de sexo femenino, con muchas similitudes en cuanto a etnia y zona de vivienda y distintas en cuanto a estado civil y modo de vida. En lo laboral los resultados son más heterogéneos, podemos decir que no todos los médicos ni todos los enfermeros se sienten en las mismas condiciones, ya sea en la percepción de su trabajo como en cosas más objetivas como cuestiones de horarios, permisos o remuneración.
- Sobre el estado actual de salud mental de los profesionales analizados se puede concluir que existe un problema de presencia importante de síntomas somáticos en enfermeros sin burnout, de ansiedad en el mismo grupo con más del 50% de casos, la ansiedad se presenta también en médicos pero en menor escala. Hay también un número importante de casos de depresión en el grupo de médicos. Este estudio establece por tanto que hay problemas importantes que resolver en cuanto a la salud mental de los profesionales sanitarios.
- Esta investigación nos permite reafirmar que el apoyo social es una fuente importante de protección para el sujeto; la variable amor y cariño es la más alta en los casos de médicos y enfermeros sin burnout y la más baja en el sujeto que presenta el síndrome, por tanto la percepción general de apoyo social en

este estudio es positiva, y como sociedad ecuatoriana la necesidad de apoyo y la solidaridad a la hora de entregarlo, es algo que nos caracteriza, más aún en una ciudad pequeña en la que aún no se ha individualizado la forma de vida.

- En cuanto a los tipos de afrontamiento a situaciones estresoras, en el caso de los médicos se muestra que los recursos utilizados son positivos, tienden a actuar ante las situaciones y a buscar soluciones, el caso de los enfermeros sin burnout es el mismo, con resultados muy similares. Sin embargo en el caso que presenta el síndrome se puede apreciar una diferencia significativa en el uso de auto distracción, apoyo emocional, desahogo y de la religión; lo que nos permite concluir que las formas de afrontamiento también marcan diferencias siendo algunos factores protectores al síndrome.
- Sobre los factores referentes a la personalidad no se vislumbran variables que se diferencien claramente, el hecho de que el grupo con mayor sinceridad sea el del caso que presenta burnout nos permitiría especular que podrían haber otros casos con el síndrome que no se evidenciaron por falta de esta característica.

RECOMENDACIONES

- Los estudios sobre esta temática deben continuarse y ampliarse a otros campos laborales; las mismas instituciones u organizaciones deberían invertir en la investigación y si es necesario en el tratamiento de este problema por las múltiples repercusiones a nivel personal, laboral y social del mismo.
- En el caso de los profesionales de la salud, el estado sobre todo debe buscar homogenizar las condiciones laborales de este sector, especialmente en los enfermeros; propendiendo a igualar las responsabilidades, las remuneraciones, las jornadas, evaluando continuamente el desempeño, investigando sobre esta temática y otras similares, y exigiendo a través del Ministerio de Relaciones Laborales, que todas las empresas públicas y privadas trabajen en la prevención de este tipo de problemas.
- El manejo de trastornos de ansiedad también debe ser tomado en cuenta, la visión del trabajo más humana, que ponga al individuo y su bienestar como el eje central, con políticas que hagan énfasis en la prevención, en la salud mental del individuo y de la comunidad, incentivando el deporte, las actividades culturales, la nutrición, el esparcimiento, los programas de vacaciones y de incentivos, etc. dentro de las instituciones públicas y privadas.
- Es importante que la universidad ecuatoriana siga trabajando en su vinculación con la comunidad; siendo el eje de las investigaciones y de los proyectos, usando de forma eficiente todo el recurso y talento humano del que dispone, participando activamente en el desarrollo del país, entregando herramientas útiles para la realización de políticas que permitan mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos no solo en el campo de la prevención del burnout, y otros problemas de salud, sino en todos los campos del saber humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldrete, González, Preciado, Pando. (2009). Variables sociodemográficas y el síndrome de burnout o de quemarse en profesores de enseñanza media básica (secundaria) de la zona metropolitana de Guadalajara. Revista de Educación y Desarrollo. México.
- Aranda, Pando, Pérez. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Veracruz. México.
- Castañeda, García. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Revista colombiana de Psiquiatría. Vol. 39 número 1.
- Cloninger Susan. (2003). Teorías de la Personalidad. Pearson Educación. Tercera edición. México.
- Gil Monte. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Universidad de Valencia. España.
- Gil Monte. (2001). El Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicología Científica disponible en: www.psicologiacientifica.com
- Hernández, Terán, Navarrete, León. (2007). El Síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. Año 3, Número 5.
- Hernández. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. La Habana.
- Hernández, Olmedo. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. Universidad La Laguna. España.
- Marín, Hernández, González, Pérez, García, Gutiérrez y Algaba. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Enfermería Clínica. 14 (5): 281-5.
- Marreno (2003). Burnout en enfermeras que laboran en los servicios de neonatología de la ciudad de La Habana, Revista Cubana de Salud y Trabajo.

- Moreno, González, Garrosa. (2001). Desgaste profesional, personalidad y salud percibida. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de México.
- Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez, Carvajal y Benadero. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Revista Ansiedad y Estrés*. Madrid.
- Morán. (2008). Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos. Universidad de León. España.
- Noriega. (1995). La realidad latinoamericana frente a los paradigmas de investigación en salud laboral. *Salud de trabajadores*. Vol. 3 Número 1. Universidad Autónoma de México.
- Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales, psicopatológicas asociadas. *Psiquis* 22 (3): 117-129.
- Ortega, Ortiz, Coronel. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana. México.
- Ortega, Ruiz y López Ríos. (2003). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Universidad de Almería. España.
- Pando Moreno, Aranda Beltrán, Carrión y Esqueda Avalos. (2007). El sufrimiento asociado al trabajo. *Revista Populus per saluten*. México.
- Ríos, Peñalver, Godoy. (2008). Burnout y Salud Percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. España.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

Loja, 26 de noviembre de 2011

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

4-01-12
11H32
020

De mi consideración:

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

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

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

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

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

Atentamente,

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



Dr. Espinosa
con su consentimiento y
autorización preliminar
5-31-12

Anexo 2

Ministerio de Salud Pública

Área de Salud N° 12 Cayambe – Hospital Raúl Maldonado Mejía

Dr. Marcelo Espinoza
DIRECTOR (E)

A petición verbal de la señora NATALIA ISABEL JARRÍN TERÁN con cédula de ciudadanía N° 171638364-9, certifico que cuenta con la autorización y aceptación respectiva para realizar la investigación: **“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con el fenómeno, en el Ecuador”** aplicado en ésta Casa de Salud.

La interesada puede utilizar el presente documento en lo que considere conveniente.

Cayambe enero 30 ,2012

Dr. Marcelo Espinoza
MSP 10-293-870



Anexo 3



**UNIVERSIDAD TÉCNICA 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 Indígena Afro ecuatoriano

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera/o

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

Anexo 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 5

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. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. Me parece que no. <input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente. <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. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. Me parece que no. <input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente. <input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

Anexo 6

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). Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCEM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

Anexo 7

UNIVERSIDAD TÉCNICA 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.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

Anexo 8

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).