



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el personal de médicos y enfermeras del Hospital “Luis Vernaza” de la ciudad de Guayaquil.

Trabajo de fin de titulación.

Autor:

Martínez Hidalgo, Martha Haydee

Directora:

Costa Aguirre, Alicia Dolores

Centro Universitario Guayaquil

2012

CERTIFICACIÓN

Dra.

Alicia Dolores Costa Aguirre

DIRECTORA DE TRABAJO DE FÍN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado “**Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador**”, realizado por la profesional en formación: **Martínez Hidalgo Martha Haydee**, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, agosto de 2012.

f).....

C.I.....

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

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

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

(f).....

Martha Haydee Martínez Hidalgo

C.I. 0909048902

AUTORÍA

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

(f).....

Martha Haydee Martínez Hidalgo

C.I, 0909048902

DEDICATORIA

Dedico esta tesis de grado para la obtención de Licenciada en Psicología, a Dios sin el que nada podría ser posible en mi vida, a mi esposo Dr. Astón Alvia Muñoz, quien fue y es un apoyo importante de amor, ánimo y tiempo en mi vida. Y en especial a mis hijas Gabriela, Martha Daniela y María Teresa por su paciencia ante mi ausencia en momentos familiares, dedicados a la realización de esta carrera.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja y por medio de ella a todos aquellos maestros que con generosidad y dedicación nos brindaron su aporte intelectual y humano como contribución a nuestro desarrollo profesional.

A mi tutora de Tesis, Dra. Alicia Dolores Costa Aguirre, Mg. por su eficaz asesoramiento.

Al “Hospital Luis Vernaza” de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en la persona de directivos, jefes de pabellones, médicos y enfermeros, del Pabellón Valdez, que permitieron y facilitaron realizar este trabajo de investigación.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	5
METODOLOGÍA.....	48
RESULTADOS.....	53
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	129
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	138
BIBLIOGRAFÍA.....	142
ANEXOS.....	145

RESUMEN EJECUTIVO

Se realizó una investigación, cuantitativa, no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva en médicos y enfermeros de los servicios anestesiología del Hospital General "Luis Vernaza" de la ciudad de Guayaquil, donde se analizaron los niveles y dimensiones del síndrome de burnout, así como las influencias que tienen en el mismo sus antecedentes y consecuencias. Se estudio un grupo de variables sociodemográficas, estados de salud, formas de afrontamiento ante el estrés, el apoyo social y la personalidad que pueden ser facilitadoras o inhibidoras del mismo. A través del Cuestionario de MBI (Inventario de Burnout), se constató que la mayoría del personal no está afectado; sin embargo, el agotamiento emocional resultó la dimensión más afectada. La forma de afrontación y el apoyo social se asociaron significativamente, lo cual denota la incidencia que pueden tener estos dos parámetros específicos en el desarrollo inicial del síndrome en esta profesión. Se recomienda promover y mantener en forma permanente sistemas de evaluación del personal, y crear grupos terapéuticos de contención emocional dirigidos a todos el personal de trabajo, con el fin de evitar el burnout.

INTRODUCCIÓN

Dada la realidad en que se desenvuelve en la actualidad la profesión médica y de la salud y en el marco de estudios sobre el estrés laboral, conviene involucrarse en la investigación de la incidencia de factores que provocan estados que merman el rendimiento laboral, tales como el burnout, o Síndrome de quemarse por el trabajo, el cual es una respuesta al estrés crónico laboral como una evidencia de cómo afrontan los profesionales las nuevas exigencias sociales desde la organización de las instituciones hasta el desempeño que tienen en sus ámbitos de trabajos, al trabajar directamente con personas enfrentándose cotidianamente a la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte, por lo que es de sumo interés saber cuál es la prevalencia del mismo.

El burnout ha sido descrito como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente, que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia profesional. El término Burnout fue introducido por primera vez por Freudenberg en 1974, donde hace referencia a un tipo de estrés laboral generado específicamente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo (trabajadores de la salud, trabajadores docentes, etc.).

Entre los trabajadores de la salud tenemos a médicos y enfermeras que se desenvuelven dentro de los departamentos de Anestesiología, encontrándose los siguientes trabajos realizados con respecto a ellos:

En España: Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats y Florencia Braga. "Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007)", Rev. Esp. Salud Publica v.83 n.2 Madrid mar.-abr. 2009.

En México: Dr. Jorge Loría Castellanos y Dr. Guzmán Hernández Luís Edmundo. "Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México" Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006; 5(3).

En Chile: Dr. Jorge Loría Castellanos y Dr. Guzmán Hernández Luís Edmundo. 2006 ; Cabana Salazar JA, García Ceballos E, García García G, Melis Suárez A, Dávila Ramírez R. El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2009; 31(3).

La literatura especializada nos indica que se requiere al menos seis meses de exposición continua, así como estar expuesto a un excesivo grado de exigencias para desarrollar el síndrome del burnout, y se da como consecuencia de un desbalance entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria produciéndose un desequilibrio principalmente en tres dimensiones: 1) Agotamiento emocional, que se refiere a la pérdida o desgaste de recursos emocionales (energía, agotamiento y fatiga, 2) Despersonalización, definido como el desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los receptores (pacientes, familiares, compañeros, etc.) y 3) Falta de realización personal, entendido como una tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa (sentimientos de inadecuación y fracaso).

Con lo expuesto podemos concluir que el síndrome de Burnout se da preponderantemente en trabajadores insertos en organizaciones de servicios en las cuales el involucramiento hacia y con personas es crucial para el desempeño del trabajo, como son enfermeras y médicos, quienes por la naturaleza de las propias tareas, requieren de una alta exigencia en su trabajo, dando como consecuencia el desarrollo de diversas manifestaciones en la salud de los trabajadores dentro de un periodo crítico que se gesta entre el segundo y quinto año de experiencia laboral, en el ámbito médico asistencial, periodo en el cual, según Deckard *et al.* (1994) se producen los procesos claves de adaptación y ajuste a las nuevas tareas o surge el fracaso en el afrontamiento de las funciones básicas que han de desarrollarse.

La presente investigación es cuantitativa, no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva. El objetivo general de la misma es identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador; los objetivos específicos son: determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias, identificar el apoyo social precedente de la red social, conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud y, por último identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias que sean identificados con el burnout.

La población objeto de este estudio corresponde a 15 médicos y 15 enfermeros (Licenciados en Anestesiología) que laboran en el Pabellón Valdez del Hospital Luis Vernaza; para lo cual se solicitó el permiso de la Dra. Mónica Muñoz, una de las jefes de dicho Pabellón, quien colaboró para poder aplicar los instrumentos de investigación, los mismos que fueron administrados independientemente de los años de servicio, edad, género, siendo la ubicación geográfica de todos urbana. Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), el Cuestionario de Salud Mental (GHC28), la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.; todos los cuales fueron aplicados a los profesionales en su lugar de trabajo y de manera individual.

Confiamos que la presente investigación constituya un aporte en el conocimiento de la realidad personal de los profesionales de la salud, siendo necesario que se implementen estudios y proyectos que propongan soluciones válidas tendientes a valorar el trabajo profesional y a redescubrirlo como un aporte valioso al logro de mejor calidad de vida para el ser humano.

MARCO TEÓRICO

4.0.1. CAPITULO 1.1. Conceptualización del Burnout

a. Definiciones de Burnout

El término burnout, es un término anglosajón, que tiene como significado “estar quemado” y que es la forma como se denomina al “estrés laboral”, es conocido en la literatura de habla hispana como síndrome de desgaste profesional. “En un principio se puede plantear que se trata de una reacción que comprende tanto alteraciones somáticas como psíquicas y que se da en aquellos profesionales que de alguna manera proveen una relación de ayuda; como educadores, asistentes sociales y operadores sanitarios” Dávila Jennyfer, Romero Paola (2010), p 36 y 37

Para Maslach (1.993), p 20 y 21 el burnout es “.un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan de alguna manera con personas. El agotamiento emocional se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales. La despersonalización se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo” (Papeles del Psicólogo, 2008. Vol. 29(1), p. 59).

“Por otro lado, Gil-Monte y Peiró, 1.997, definen el síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de un experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en las personas y consecuencias negativas para las instituciones laborales”. (Acta colombiana de Psicología 10 (2): 117-125, 2007, p 119).

Como conclusión se puede expresar que el término burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial de mayor trascendencia en la sociedad actual. El acelerado ritmo de vida, la inestabilidad de los mercados y de la estructura económica a nivel mundial, sumado a un incremento de horas laborales y altos estándares de competencia y exigencias de perfección laboral, que afectan el ámbito emocional y mental, son causas que producen el síndrome de burnout en personas que trabajan tratando a otras personas y que han visto disminuida la energía de su organismo de manera progresiva, hasta llegar a un agotamiento que les puede producir: depresión, desmotivación en el trabajo, y ansiedad; ocasionando como consecuencia final el que, el profesional de un mal trato a las personas que son objetos de sus servicios y que el prestador del servicio (en este caso médico o enfermero) no logre su objetivo. El burnout se presenta como consecuencia de altos niveles de tensiones

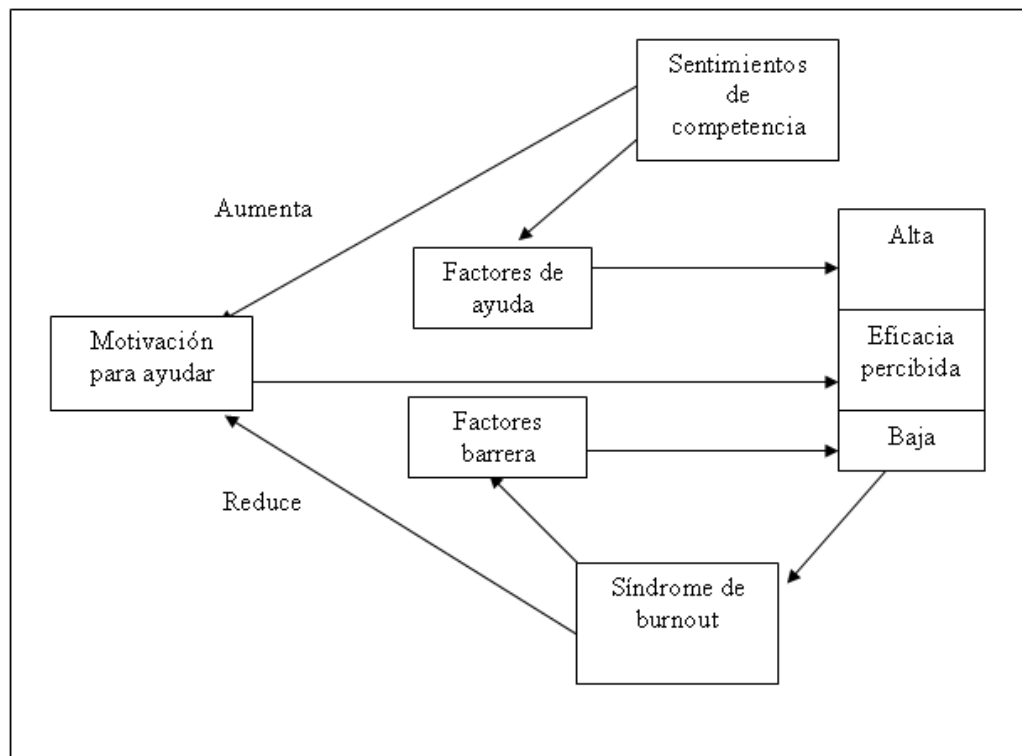
en el trabajo y un inadecuado modo de enfrentar las diferentes situaciones complicadas que se van presentando.

b. Modelos explicativos del burnout

Existen varios modelos explicativos del burnout, están agrupados en dos clasificaciones: Los modelos Comprensivos y los modelos de Proceso.

MODELOS COMPRENSIVOS, basados en tres distintas teorías:

- Modelos elaborados desde el punto de vista psicosocial, desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo y que otorgan a las variables del self (autoestima, autovaloración, autoconcepto, autovalía, autorrealización, etc) el papel más importante para explicar el por qué de la aparición del síndrome. Según los modelos de Harrison (1.983), la competencia y la eficacia tiene relación directa con las personas que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas, cuyos objetivos laborales es que su servicio sea el más eficaz; esta clase de profesionales se encuentran motivados en poder prestar dicha ayuda con un componente adicional que es la de poseer, además, capacidad altruista, esta motivación se mantiene si los profesionales reciben beneficios como: una idónea capacitación laboral, junto con la participación en la toma de decisiones y la disponibilidad de recursos. Los factores que impiden lo ya expuesto serían: ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc. y que, con el tiempo originarían el burnout.



Modelo de Harrison

Mansillo Izquierdo Fernando (2010)

- Modelos elaborados desde el punto de vista de las teorías del intercambio social, que se basan en el hecho de que la falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social en sus relaciones interpersonales, los afectan de manera trascendente, esta comparación poseería tres factores de estrés relevantes:

1. Dudas sobre lo que se piensa y siente al momento de actuar en su trabajo.
2. El sentir si existe verdadera reciprocidad entre lo que ellos dan y reciben.
3. El no poder predecir los resultados de sus acciones laborales.

Los profesionales de la salud pueden sentir que si piden apoyo social, están demostrando que no son capaces o autosuficientes y esto es considerado como una amenaza a su autoconcepto, cabe destacarse que tenemos también

lo que llamamos contagio del síndrome al ser percibido el burnout por otros compañeros

- Modelos elaborados desde el punto de vista de la teoría organizacional, que dependen del tipo de estructura organizacional a la que se pertenezca, es decir si esta es pública, privada, rural o urbana, etc., los factores que inciden serían la disfuncionalidad de roles, el tipo de cultura, la clase de comunicación entre superiores y subalternos, etc.

Cfr: Párraga Sánchez José Manuel, 2005

MODELOS DE PROCESO, que se dividen en:

- El Modelo Tridimensional del MBI-HSS, Considera aspectos cognitivos, como la baja realización de la persona; emocionales como el agotamiento emocional y; actitudinales, como la despersonalización.
- El Modelo de Edelwich y Brodsky, que sostiene que el burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en cuatro fases bien definidas que son:
 - 1) Entusiasmo
 - 2) Estancamiento
 - 3) Frustración
 - 4) Apatía, que se contempla como una manera de defensa ante la frustración.
- El Modelo de Price y Murphy , el mismo que sostiene que el burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, y que contempla 6 fases, donde se van desarrollando los diferentes síntomas, estas fases son:
 - 1) Desorientación
 - 2) Labilidad emocional
 - 3) Culpa debido al fracaso profesional
 - 4) Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase

5) Solicitud de ayuda

6) Equilibrio.

Cfr: Japcy Margarita Quiceno Stefano y Stefano Vinaccia Alpi, "Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo), 2007

c. Delimitación histórica del síndrome de burnout

A mediados de la década de los 70, el psiquiatra Herbert Freuden-berger, empezó a realizar los primeros estudios acerca del burnout, quien observó; en una clínica de personas dependientes de sustancias tóxicas, en la que él trabajaba como voluntario, que las personas que atendían a los pacientes, al cabo de 1 a 3 años de estar trabajando, iban perdiendo energía, se desmotivaban e incluso llegaba a perder interés por el trabajo, presentando además, síntomas de ansiedad y depresión; estas personas tenían una carga horaria pesada, poca remuneración y una demanda exigente en cuanto al compromiso sobre los resultados que debían obtenerse en su labor de servicio, observando además que estas personas se volvían rígidas, insensibles, intolerantes, frías, indolentes e incluso groseras con los pacientes, agrediéndolos verbalmente al hacer culpables, a los atendidos, de las enfermedades que padecían.

En aquellos años, se aplicaba el término burnout para referirse no sólo a pacientes adictos a sustancias tóxicas de abuso, también en la jerga atlética, deportiva y artística y se aplicaba a aquellas personas que no lograban los resultados esperados a pesar de sus esfuerzos y, por último, también lo solían usar los abogados en California para referirse al proceso gradual de pérdida de energía e interés de un colega por un determinado caso.

En las primeras publicaciones sobre el burnout se hace hincapié a las diferencias individuales como causa del mismo antes que a la influencia de las condiciones de trabajo, sin embargo debe destacarse que el concepto de burnout fue evolucionando hasta llegar al que actualmente se conoce, su evolución conceptual se dio de la siguiente manera:

Cfr: Maicon Carlin y Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz, 2010

“Freudenberger (1974) define burnout como, sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Maslach (1976) lo describe cómo el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Pines y Kafry (1978) hablan de una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Spaniol y Caputo (1979) definieron el burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales.”. Maicon Carlin, Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz, 2010 p 170.

En los años 80 Edelwich y Brodsky, lo plantean como una pérdida progresiva de idealismo y energía debido a las condiciones de trabajo en la que se desenvuelven los profesionales y que se da en cuatro fases:

- Entusiasmo y elevada energía.
- Estancamiento y pérdida de entusiasmo para dar paso a un inicio de frustración, frustración propiamente dicha con aparición de problemas emocionales, físicos y conductuales, lo que ya se determina como el “Síndrome de burnout ”
- Apatía.

En 1980 Freudenberger ya lo conceptualiza como un estado de fatiga o de frustración dado por una causa y que no da los resultados esperados.

En el mismo 1980, Cherniss lo conceptualiza como una combinación de estrés y tensión en el trabajo que se da en tres fases:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales, representado por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (estrés)
- Respuesta emocional a corto plazo
- Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo)

En 1981 Pines, Aaronson y Kafry lo describen como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado porque la persona está en situaciones que la afectan emocionalmente por períodos largos de tiempo.

En el mismo 1981 Maslach y Jackson lo conceptualizan como una respuesta al estrés laboral crónico porque se está agotado emocionalmente, por experimentar actividades de despersonalizadas y por no sentirse profesionalmente realizado.

Brill (1984) conceptúa un “estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimientos objetivos como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral: y que está en relación con las expectativas previas Maicon Carlin, Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz, 2010 p 170.

En 1985, Cronin-Stubbs y Rooks, lo enfocan como una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales.

En 1986, Smith, Watstein y Wuehler, dan como conclusión que: “el *burnout* describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.”

Sucesivamente se dan algunas aportaciones y ajustes al concepto de burnout, hasta llegar al año 2000, donde Gil-Monte y Peiró lo determinan como un proceso presente cuando existe una baja realización personal en el trabajo, agotamiento y despersonalización y en el 2002 Peris, determina que el síndrome de burnout es un trastorno consecuencia de una sobrecarga de tareas cognitivas por encima de la capacidad humana, de tal manera que se llega a un agotamiento extremo que impiden hacer las cosas de un modo correcto, sumado a un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, que es, entonces cuando estaríamos verdaderamente ante el denominado síndrome de *burnout*, “estar quemado” o “des-gaste psíquico”

Lo más actual (2007) de las definiciones es la dada por Molina Linde y Avalos Martínez definen el síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

d. Poblaciones propensas al burnout

El tema de burnout, es actualmente de mucho interés en las diversas poblaciones dado que afecta a muchas personas y traen como consecuencia muchos costos personales , sociales y económicos, puesto que afecta psicológica, física y profesionalmente a los implicados y a las personas objetos de sus servicios.

El burnout es un síndrome que se presenta en profesionales cuyo objetivo de trabajo son otras personas y se centra primordialmente en:

- Agotamiento o cansancio emocional
- Despersonalización
- Baja realización personal

Bajo estas perspectivas se ha estudiado la presencia del síndrome en las siguientes poblaciones:

- Abogados
- Administradores y auxiliares administrativos
- Auxiliares de clínica
- Cirujanos dentistas
- Cuidadores de pacientes gástricos
- Cuidadores de pacientes en fases de enfermedades terminales
- Directivos
- Deportistas
- Docentes
- Maestros
- Médicos de Atención especializada
- Médicos de Atención primaria especial
- Médicos que atienden urgencias
- Monitores de educación especial
- Profesional de enfermería.
- Profesional de salud mental
- Psicólogos
- Trabajadores de centros ocupacionales

- Vigilantes de Instituciones penitenciarias
- Voluntarios.

Para el presente trabajo de investigación, se investigará una de las poblaciones más vulnerables a este síndrome: los trabajadores de la salud: médicos y enfermeros.

Cfr: Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos, El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas, 2004, págs. 140 y 141

d. Fases y desarrollo del síndrome de burnout

El síndrome de burnout se desarrolla a través de diversas fases, con la aparición de rasgos y síntomas que se dan en secuencia, el cual puede variar de una persona a otra, por lo que sus fases suelen ser causa de discusión entre los estudiosos del tema.

Cada modelo explicativo del burnout conceptúa diferentes fases del desarrollo del síndrome, aquí señalaremos los más significativos, a partir de los cuales derivan otros más:

- Para Edelwich y Brodsky el desarrollo del síndrome de burnout tiene cuatro fases en profesiones de ayuda:
 - 1) Entusiasmo y altas expectativas.
 - 2) El estancamiento como resultado de que no se cumplan las expectativas.
 - 3) La frustración
 - 4) La apatía; se da porque la persona no posee recursos personales que le permitan manejar la frustración y la consecuencia es la inhibición de la actividad profesional.

Para Cherniss existen tres fases, las cuales son:

- 1) Fase de estrés, producto del desequilibrio que se produce entre la demanda laboral y la capacidad para poder satisfacer dichas demandas

2) Fase de agotamiento, donde se observará en la persona preocupación, tensión, ansiedad y fatiga

3) Fase de afrontamiento, donde se observa cambios en la conducta y actitud de la persona, dándoles un trato sónico, frío e impersonal a la personas objetos de sus servicios.

- Tenemos el modelos de Farber, que en cambio establece seis fases secuenciales, las que son:

1) Entusiasmo y dedicación

2) Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales

3) No hay correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas

4) Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo

5) Aumenta la vulnerabilidad de las personas y aparecen los síntomas cognitivos, físicos y emocionales

6) Agotamiento y descuido.

Cfr: Martínez Pérez Anabella, 2010

f. Características, causas y consecuencias del burnout

➤ Las características del burnot se dan como un proceso progresivo y pueden conceptuarse en:

- **CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES** : depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes, supresión de sentimientos.
- **CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS**: pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, desorientación cognitiva, pérdida de creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.

- **CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES:** evitación de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización, sobreimplicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- **CARÁCTERÍSTICAS SOCIALES:** evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, aislamiento, formación de grupos críticos, evitación profesional.

Cfr: Bernardo Moreno-Jiménez, José Luis González, Eva Garrosa, 2001

- Las causas de burnout son las situaciones estresantes a las que están sometidas las personas en sus ambientes laborales, debido a la interacción y condiciones a las que se encuentran sometidas las personas que trabajan prestando servicios a otras personas, sobretodo, cuando los motivos que desencadenan la aparición de este síntoma son dadas de manera intensa y duradera, ya que el síndrome es el resultado de un proceso continuo que se va manifestando poco a poco, hasta producir en la personas los sentimientos característicos del síndrome.

Las causas específicas, para que se presente este síntoma, serian entonces:

- La naturaleza de la tarea
- La variable organizacional e institucional
- La variable interpersonal, (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social)
- La variable individual (edad, sexo, experiencia, personalidad).

Cfr; Pedro R. Gil Monte, 2001, pag 77

- Las consecuencias del burnout se dan tanto en las personas como en las instituciones:
 - a) En las personas son una serie de efectos como son:
 - Convertir al trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía, es decir que afecta negativamente su resistencia.

- El trabajador se vuelve incapaz de atender a las experiencias de quienes solicitan sus servicios pues, le resultan abrumadoras, es lo que se denomina una respuesta silenciosa.
- Inicialmente el individuo se adapta pero se termina agobiando y agotando, experimentando sentimientos de frustración y sensación de fracaso, produciéndose una relación entre la gravedad, sintomatología y responsabilidad de las tareas que deben realizarse.
- El trabajador siente que se le demanda demasiado esfuerzo y se siente usado y agotado por la excesiva energía que se demanda de él.
- El trabajador experimenta frustración al no obtener los resultados que esperaba.
- El trabajador va perdiendo su idealismo y entusiasmo, debido a sus condiciones de trabajo.
- El trabajador se siente sumamente agotado por tratar de cubrir toda la exigencias que se tienen en su trabajo.

b) En las empresas:

- Se deteriora la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja).
- Disminuye la capacidad de trabajo.
- Disminuye el compromiso.
- Desciende la eficacia y el rendimiento.
- Aumenta el absentismo y la desmotivación.
- Aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización.
- Disminuye la calidad de los servicios que se prestan a los clientes
- Surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo.

- Aumentan las quejas de usuarios o clientes.

Cfr: Maicon Carlin y Enrique J., Garcés de los Fayos Ruiz (2010)

j. Prevención y tratamiento del síntoma de burnout.

La prevención y tratamientos, son aspectos fundamentales para evitar y sanar los efectos que produce el Burn Out, las medidas de prevención y tratamiento pueden ser: individuales, grupales u organizacionales y estas deberían darse enseñándoles a los trabajadores técnicas de autoconocimiento que les permitan resolver dificultades que se les vayan presentando y que puedan alterar su psiquis, entendiéndose que es necesario el diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, todo lo cual incluso permite revertir muchos cuadros.

Se debe proveer a los trabajadores de recursos personales y materiales para poder adaptarse a los cambios que generan las necesidades sociales y políticas, analizar la carrera profesional y vida laboral de los trabajadores, es decir su remuneración económica, posibilidad de promoción, etc. revisar las funciones para que no exista una sobrecarga de trabajo, permitir que los profesionales la participen en las decisiones para así potenciar el trabajo en grupo así como mantener adecuadas relaciones interpersonales entre los compañeros y crear servicios de apoyo entre los trabajadores.

Los puntos claves de prevención y tratamiento serían entonces:

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
2. Formación en emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda.
6. Apoyarse en los compañeros de trabajo.
8. Adecuada y justa jornada laboral.

9. Dialogo efectivo.

Cfr: Valle Alonso Ma. de Jesús, Hernández López, Imelda Elena (2009)

4.2.1 CAPITULO 1.2. Conceptualización de las variables de investigación.

a. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

Variables de riesgo y protectoras

Entre las variables de riesgo y protectoras sociodemográficas y laborales, que se han asociado a las enfermedades de origen laboral se encuentra: el género, el tipo de profesión, el nivel de atención médico, la ausencia o bajo reconocimiento de su profesión, la inseguridad laboral, las exigencias laborales, la ausencia de control y del contenido de las actividades, la insatisfacción con su trabajo, etc.

La edad parece no influir en la aparición del síndrome, aunque puede existir un periodo de tiempo en el que si se podría presentar una influencia, que serían los primeros años de la carrera profesional debido a la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana.

Con relación al sexo, serían principalmente las mujeres, el grupo más vulnerable, quizá por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de la mujer.

Respecto al estado civil tampoco hay un acuerdo unánime. Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas que están casadas o conviven con parejas estables.

La existencia o no de hijos hace que estas personas sean más resistentes al síndrome, debido a la tendencia, generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

Además, otros estudios reportan una gama de enfermedades asociadas con el trabajo, como son los tumores y las enfermedades cardiovasculares, las osteomusculares, las dermatológicas, las auditivas, las respiratorias incluidas el asma, las enfermedades mentales, el estrés, la ansiedad, las cefaleas, irritabilidad, depresión, fatiga y baja respuesta inmunológica, conductas violentas, presencia de disfunción orgánica cerebral, falta de atención, insomnio, alcoholismo, tabaquismo, prurito, irritación ocular y problemas visuales, cólicos, mareos, debilidad, tos, dolores lumbares, entre otras.

En resumen podemos decir que las personas idealistas, optimistas y entregadas excesivamente a su trabajo son las que tienen mayores probabilidades de sufrir este síndrome, que es más frecuente en las mujeres, en personas sin pareja o con poco apoyo familiar y durante los primeros años de ejercicio profesional. En este contexto se ha observado que quienes más rinden son las que más expuestas están al síndrome de agotamiento y desmotivación en el trabajo. Así, ser laboralmente bueno se puede convertir en cierta medida en riesgo y frecuentemente quienes hacen bien su trabajo reciben en seguida un nuevo proyecto. El desencadenante suele ser el volumen de trabajo constante, la presión temporal, la falta de espacio para desarrollar ideas propias y el cumplimiento de varias tareas de forma paralela. Además, las personas que sufren el síndrome no suelen ser capaces de desconectarse del trabajo, siempre están disponibles y como su tiempo de trabajo se mezcla con el tiempo libre, les faltan los fundamentales periodos de descanso.

Cfr: Aguilar Angeletti Ana, Gutiérrez Vásquez Ramiro , 2007.

Cabe destacarse que los profesionales de la salud, es decir los médicos y enfermeros, son profesionales que tratan la mayor parte del tiempo directamente con pacientes quirúrgicos y con riesgos de muerte, lo que es motivo de ansiedad, siendo estos profesionales, son los que más afecta profundamente se afectan y estresan pues, ven en los pacientes los que otros no ven, esto es la muerte el paciente más evidentemente que la propia familia, lo que les crea una sensación de soledad y escepticismo , al principio el médico joven mira las cosas como si no tuvieran que ver con él, pero al pasar los años, empiezan a verse preocupados, empezando a desarrollar ansiedades, por eso se dice que los médicos y enfermeras terminan convirtiéndose en pacientes, siendo su principal mecanismo de defensa la desconexión afectiva y el distanciamiento emocional.

Cfr: Gonzales Corrales Ramón, De la Gandara Martín Jesús, 2004.

Motivación y satisfacción laboral

La motivación es un término muy amplio, utilizado en Psicología para comprender las condiciones o los estados que activa o dan energía al organismo, llevando a una conducta dirigida hacia determinados objetivos. La motivación es un impulso que nos permite mantener una cierta continuidad en la acción que nos acerca a la consecución de un objetivo y que una vez logrado, saciará una necesidad. Esto implica que existe algún desequilibrio o insatisfacción dentro de la relación existente entre el individuo y su medio. El sujeto identifica las metas y siente la necesidad de llevar a cabo determinado comportamiento que lo llevará hacia el logro de esas metas. La motivación laboral es la fuerza psicológica que impulsa a las personas a iniciar, mantener y mejorar sus tareas laborales. La motivación es el motor de las personas en la organización y, por consiguiente, se convierte en el motor y en la energía psicológica de la misma organización. No podrá esperarse que una persona se encuentre motivada para contribuir a los objetivos organizacionales si esta persona no halla en esa organización una manera de satisfacer sus necesidades personales, sean éstas de tipo económico, social o de desarrollo personal.

La motivación en el trabajo se refiere al dominio de los procesos motivacionales dirigidos a la esfera del trabajo. Pinder (1998), nos da la siguiente definición: “La motivación en el trabajo es un conjunto de fuerzas energéticas, que se originan dentro y más allá del individuo, para iniciar la conducta relacionada con el trabajo y para determinar su forma, dirección, intensidad y duración” Psicología Aplicada al trabajo. Muchinnsky, pág 381

La motivación y su incidencia en la satisfacción laboral, la podemos conceptualizar a través del siguiente resumen y evaluación de las teorías de la motivación al trabajo.

Teoría	Fuente de Motivación	Apoyo Empírico	Aplicabilidad Organizacional
Teoría de la Jerarquía de las necesidades	Necesidades innatas inconscientes.	Débil: poco apoyo para las relaciones propuestas entre necesidades	Muy limitante: la teoría carece de especificidad suficiente para guiar la conducta.
Teoría de la equidad	Impulso para reducir los sentimientos de tensión causados por la inequidad percibida	Mixto: buen apoyo para la inequidad por subpago; apoyo débil para la inequidad por sobrepago.	Limitada: se hacen comparaciones sociales, pero los sentimientos de inequidad pueden reducirse por otros medios distintos al aumento de la motivación
Teoría de la expectativa	Relación entre resultados deseados, variables de desempeño-recompensa y esfuerzo-desempeño	Moderado-fuerte: apoyo más sólidos en experimentos intersujetos	Fuerte: la teoría proporciona una base racional de por qué las personas dedican esfuerzo, aunque no toda la conducta es determinada en forma
Teoría del reforzamiento	Programa de reforzamiento utilizado para compensar a las personas por su desempeño	Moderado: los programas de reforzamiento de razón provocan un desempeño superior comparado con los programas de intervalo, pero existe poca diferencia entre diversos programas de razón.	Moderada: el pago contingente por el desempeño es posible en algunos puestos, aunque pueden presentarse problemas éticos en un intento por moldear el comportamiento del empleado.
Teoría del reforzamiento de metas	Intención de dirigir el comportamiento en búsqueda de metas aceptables.	Moderado-fuerte: por lo general es superior el desempeño en condiciones de establecimiento de metas que en condiciones en las que no se establecen metas.	Fuerte: la capacidad para establecer metas no se restringe a ciertos tipos de personas o puestos
Teoría de la autorregulación	Autosupervisión de la retroalimentación diseñada para mejorar el logro de metas	Moderado-fuerte: la retroalimentación puede proporcionar dirección al comportamiento si se supervisa y se actúa en consecuencia	Fuerte: las organizaciones pueden proporcionar retroalimentación directiva a los individuos para facilitar el logro de metas
Teoría del diseño del trabajo	Atributos de los puestos que pueden facilitar la motivación entre personas, con una necesidad fuerte de logro.	Moderado-fuerte: apoyo claro para la validez de las características del puesto pero menos apoyo para los estados psicológicos críticos	Moderada: no es claro si las características del puesto son propiedades objetivas de los puestos que las organizaciones pueden diseñar o son percibidas en forma subjetiva por los individuos.

Investigaciones realizadas

Las investigaciones realizadas con respecto a la presencia del burnout y las variables sociodemográficas, no son muchas pero la variable que más se ha investigado es la influencia del género sobre el proceso del desarrollo del síndrome, esto se puede observar en los siguientes estudios:

- “Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital”, realizado por: María Albar, Manuel Romero, Dolores Gonzáles, Eleana Carbayo, Amparo García, Inmaculada Gutierrez, y Silvia Algaba, en Sevilla-España, publicado en el 2003. Resumen: Este estudio explora la relación entre síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) y apoyo procedente de la red social: vínculos informales (familia y amigos) y vínculos del lugar de trabajo (supervisores y compañeros). Para la recogida de datos se utilizaron la Multidimensional Support Scale (Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M, 1992) y el Maslach Burnout Inventory (Maslach C, Jackson SE, 1986) en una muestra de enfermeras de un hospital general. Se obtuvieron los siguientes resultados: a) el agotamiento emocional se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros, y b) la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada a la realización personal. Para futuras investigaciones se debe considerar la importancia de valorar qué necesidades de apoyo social específicas requieren diferentes vínculos sociales y el rol que los vínculos informales tienen en la prevención del síndrome. Finalmente, se discuten algunas implicaciones que nuestros hallazgos tienen en el diseño y la implementación de programas de prevención. (Romero Hernández Manuel, 2004)
- “Burnout en enfermeros que labora en los servicios de neonatología de ciudad de La Habana”, por la Lic. María de Lourdes Marrero Santo, 2003, Resumen: Se realiza un estudio observacional de tipo descriptivo en enfermeros de los servicios de neonatología de Ciudad de La Habana , donde se analizan los niveles y dimensiones del síndrome de burnout, así como las influencias que tienen en el mismo sus antecedentes y consecuencias. Se estudia un grupo de variables epidemiológicas y sociodemográficas que pueden ser facilitadoras o inhibidoras del mismo. A través del Cuestionario Breve de Burnout, se constató que la mayoría del personal no está afectado; sin embargo, la

despersonalización resultó la dimensión más importante. La tenencia de pareja se asoció significativamente, lo cual denota el papel específico que puede tener en el desarrollo inicial del síndrome en esta profesión. Marrero Santos María (2004)

- “Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile”, Angélica Melita Rodríguez, Mónica Cruz Pedreros, José Manuel Merino. 2008. Resumen: Investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional cuyo objetivo fue determinar la presencia de estrés laboral crónico o burnout y su probable relación con factores sociales y laborales, en los profesionales de enfermería que trabajan en Unidades de Emergencias (UE) y Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de la Octava Región, Chile. Se trabajó con el universo conformado por 91 enfermeras(os), siendo 57 de UE y 34 de SAMU. Se utilizaron dos instrumentos recolectores de datos; el primero elaborado por la autora, que recogió información sobre variables sociodemográficas y laborales. El segundo correspondió a la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI); que midió el desgaste profesional producto del estrés laboral crónico y los tres aspectos del síndrome de Burnout, que corresponden a cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Los resultados más relevantes del estudio mostraron que más del 50% de estos profesionales corresponden a adultos jóvenes, solteros(as) y sin hijos; presentando menos de 10 años de experiencia laboral, la mayoría realiza cuarto turno. El grupo de profesionales evidenció presentar burnout en una intensidad intermedia, que estaría principalmente influenciado por variables laborales como la percepción de recursos insuficientes y la realización de exceso de turnos, al mismo tiempo el grupo de mayor edad evidenció más cansancio emocional y los viudos o separados presentaron menos despersonalización que el resto de los encuestados.
- “Desgaste profesional en médicos y familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales”. Elizabeth López-León, José Raymundo Rodríguez-Moctezuma, Juan Manuel López-Carmona, María Luisa Peralta-Pedrero, Catarina Munguía-Miranda. 2006, México. Resumen: Objetivo: determinar la prevalencia del desgaste profesional en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y analizar su asociación con algunos factores sociodemográficos y laborales. Material y métodos: se realizó

estudio transversal en cinco unidades de medicina familiar de la Delegación Estado de México Oriente del IMSS. Participaron 154 médicos de uno y otro sexo, a quienes se les aplicó en forma autoadministrada el Maslach Burnout Inventory, que mide el desgaste profesional en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se recabaron datos sociodemográficos y laborales. Resultados: la tasa de respuesta fue de 85 %; 39.7 % presentó desgaste profesional alto cuando menos en uno de los tres dominios (26.7 % en un dominio, 11.5 % en dos y 1.6 % en los tres). El cansancio emocional alto se asoció significativamente con área física inadecuada (OR 3.9, IC 95 % = 1.5-10.6), con carga laboral (OR 7.6, IC 95 % = 1.6- 50.7) y con falta de estímulos laborales (OR 4.4, IC 95 % = 1.7-11.9). La despersonalización se asoció únicamente con el salario (OR 2.6, IC 95 % = 1.05- 6.4). Conclusiones: en los médicos familiares del IMSS existen factores laborales asociados con desgaste profesional, que pueden afectar la atención a los pacientes.

- “El fenómeno de burnout en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima-Perú” Ana Aguilar Angeletti, Ramiro Gutierrez Vásquez . 2007. Resumen: El objetivo del presente trabajo es determinar la relación entre las dimensiones del Síndrome de *burnout*, las características socio – demográficas y el clima laboral en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima. Un grupo de médicos (54) de dos hospitales de Lima – Perú fue estudiado con el fin de identificar las relaciones entre *burnout* (Agotamiento Emocional), características demográficas y sociales, y el clima laboral. Para tal fin, el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) y el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) de Borritz y Kristensen (1999) fueron traducidos y revisados, y se elaboró una nueva versión de la prueba, la que fue sometida a evaluación por criterio de jueces y posteriormente fue aplicada a la muestra del estudio. Además, fue diseñado el Cuestionario Socio-Demográfico-Laboral. Las tres dimensiones que la nueva versión del MBI mide: agotamiento emocional, despersonalización y desarrollo personal fueron relacionadas con las Características Socio-Demográficas- Laborales: sexo, estado civil, actividad laboral y lugar de residencia, y el clima laboral en los hospitales donde los médicos del estudio trabajan. Resultados: Se encontró una mayor presencia de agotamiento emocional y despersonalización en hombres que en mujeres, en

solteros, en contratados y en internos de medicina de los hospitales y que el clima laboral existente en los hospitales donde la muestra seleccionada trabajaba los protegió del agotamiento emocional, la despersonalización y favoreció la realización personal.

- “Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México”, realizado por Carolina Aranda Beltrán, Biviana Zarate Montero, Manuel Pando Moreno, José Ernesto Sahún Flores, publicado el 2010. Resumen: El Síndrome de Burnout es considerado una respuesta al estrés crónico laboral. Algunas variables de tipo sociodemográficas y/o laborales pueden intervenir e influir en la aparición de dicho síndrome. El objetivo fue el de analizar la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de Burnout en los médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Metodología*: el estudio fue descriptivo y transversal. Se aplicó tanto el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales como la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS). Los análisis estadísticos fueron descriptivos (medias y porcentajes) e inferenciales (asociaciones entre las variables de estudio). *Resultados*: de los 119 médicos, 64.7% eran hombres y 35.3% mujeres, con un promedio de edad de 34 años. La prevalencia para el Síndrome de Burnout fue del 51.3%, para la dimensión agotamiento emocional de 31.1%, para la de baja realización personal del 35.3% y en despersonalización el 18.5%. Se encontraron asociaciones entre tener menor edad que la del promedio con agotamiento emocional, menos tiempo de labor y trabajar en un turno mixto con despersonalización y como variables protectoras el pertenecer al servicio de urgencias y clínicas hacia la dimensión despersonalización. *Conclusión*: es probable que los médicos con síndrome de Burnout no se encuentren en condiciones de salud favorables para laborar, por lo que consideramos urgente identificar los problemas que originan tal evento, para con ello proponer tanto medidas de prevención como de tratamiento. *Palabras clave*: Variables sociodemográficas y laborales, Síndrome de Burnout, Médicos especialistas. Línea de investigación: Psicología del Trabajo.
- “Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla” realizado

por José M^a García García y Salvador Herrero Remuzgo; Sevilla-España, publicado en el 2.008. Resumen: Se estudia la relación entre las variables sociodemográficas y el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en una muestra compuesta por 136 trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (el 93% de la población total) que fueron divididos en tres subgrupos en función de la categoría profesional (vigilantes, tratamiento y servicios) y el nivel de contacto con los internos. Los resultados muestran que los trabajadores que tenían un mayor nivel de contacto se mostraban significativamente menos satisfechos con su desempeño profesional y se encontraban más despersonalizados que el resto, de la misma manera que los trabajadores adscritos al área de vigilancia en relación a los participantes asignados al área de tratamiento y servicios. Se comprueba también que las mujeres y los que poseían un nivel de estudio universitario estaban menos despersonalizados. Así mismo, se muestra que los trabajadores que tenían un solo hijo estaban más despersonalizados y agotados emocionalmente que el resto de trabajadores.

- “Variables sociodemográficas y el síndrome de burnout o de quemarse en profesores de enseñanza media básica (secundaria) de la Zona Metropolitana de Guadalajara”, realizado por María Guadalupe Aldrete Rodríguez, Jaqueline Gonzales Soto, María de Lourdes Preciado Serrano y Manuel Pando Moreno, publicado en el 2.009. Resumen: Objetivo: Analizar la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del síndrome de *burnout* en los profesores del nivel Medio Básico de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Material y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en una muestra de 360 maestros que laboraban frente a grupo; probabilística y representativa. Se captaron los datos por medio de una encuesta auto aplicada que contenía datos sociodemográficos, laborales y la escala de Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) Para el análisis y proceso de datos se utilizó el paquete estadístico Epi.Info 6. Resultados: 80% de los docentes tenía alguna dimensión de la escala “quemada”. Se identificó 43.7% con agotamiento emocional; 40.3%, con baja realización personal, y 13.3%, con despersonalización. Tienen más riesgo de presentar el síndrome de *burnout*: las mujeres, los docentes que no tienen pareja y quien tiene estudios de posgrado (P = .000).

Conclusión: La prevalencia de síndrome de quemarse en profesores es alta, se asocia al género y cuando no se tiene pareja, así como a tener mayor preparación académica.

El burnout y la relación con la salud

Definiciones de salud

Existen varias concepciones para la definición de salud, la primera que se aborda es un concepto de salud que se refiere a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida (Canguilhem 1982). Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, el cuál se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal.

Otras escuelas de pensamiento, consideran la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas,

mentales sociales y espirituales, para autores como Barro (1996), la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Mushkin (1962) y Grossman (1972), establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud establece que no existe una definición oficial sobre lo que es la salud mental y que cualquier definición estará influenciada por diferentes culturas.

Síntomas somáticos

Los síntomas somáticos son aquellos que corresponden a situaciones en las que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional. Cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una disfunción de tipo biológico que, en su proceso evolutivo, ha perdido el contacto y la conciencia con el dolor mental correspondiente; por ejemplo, algo que nos ocurre de forma común es no demostrar nuestro enfado o malestar con alguien. Esta represión de nuestras emociones nos puede llevar a tener dolores de estómago, tensión alta, etc.

En primer lugar tenemos la fase de shock o reacción de alarma. Esta fase se activa cuando nos encontramos ante un problema y ya desde el inicio suelen haber cambios físicos como, por ejemplo, el aumento de la presión arterial, tensión muscular, etc. Cuando superamos esta fase y lo que considerábamos un problema deja de serlo, nuestro cuerpo reacciona de forma contraria.

En cambio, cuando dicho problema continúa y nuestro cuerpo debe adaptarse a las nuevas condiciones, entramos en la fase de resistencia. Dicha fase requiere que nuestro cuerpo deba soportar una mayor exigencia de rendimiento, que solo podremos mantener durante un tiempo.

Si dicha situación persiste en el tiempo, nuestras reservas se agotarán, es decir, entraremos en la fase de agotamiento, y es entonces cuando aparecen las enfermedades llamadas de adaptación, en la que se encuentran la mayor parte de las enfermedades psicosomáticas.

Cuando la respuesta de estrés provoca una activación fisiológica excesiva (lo cual ocurre en la fase de agotamiento), puede suceder que los órganos afectados se desgasten demasiado, sin que puedan recuperarse, produciendo un agotamiento de los recursos y apareciendo trastornos psicofisiológicos, como el dolor de cabeza, asma, úlceras, etc. Estos trastornos pueden afectar únicamente a un órgano o pueden hacerlo a varios.

Los síntomas somáticos son extremadamente comunes, aproximadamente el 60% de la población normal experimenta por lo menos un síntoma somático en una semana determinada, como dolores de cabeza, palpitaciones, etc. Se han descrito diversos mecanismos por los que pueden producirse estos síntomas en ausencia de enfermedad física o lesión estructural persistente de los tejidos.

Los principales síntomas somáticos del burnout son muy variados, a veces se puede experimentar astenia y agitación al mismo tiempo (tics nerviosos, temblor de manos); palpitaciones; taquicardia y pinchazos en el pecho; dolores musculares, sobre todo en la zona lumbar; cefaleas; problemas digestivos; trastornos del sueño e inapetencia sexual. dolores de cabeza, problemas cardiacos, en algunas ocasiones la fibromialgia que implica una incapacidad laboral, ya que es una enfermedad crónica y compleja que provoca dolores generalizados, acompañados de fatiga y debilidad que afectan negativamente al entorno familiar y laboral de la persona que la padece (Ubago et al.,2005).

Ansiedad e insomnio

En reportes internacionales, tanto la ansiedad como el insomnio son enfermedades muy frecuentes, y pueden alterar las funciones y las actividades normales de los que la padecen. “Los trastornos de ansiedad son un motivo frecuente de consulta (5 al 20%). Los trastornos de ansiedad son probablemente uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la etapa infanto-juvenil con una prevalencia entre el 8 y el 17 %. (...) El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el trastorno de ansiedad que se observa con más frecuencia en atención primaria y el segundo trastorno psiquiátrico más común después de la depresión. Se trata de un trastorno crónico, frecuente e incapacitante, que se caracteriza por preocupaciones permanentes y generalizadas. Aunque es un trastorno psiquiátrico se presenta en numerosas ocasiones con síntomas somáticos como: dolor muscular, cefalea, insomnio y fatiga. (...)La ansiedad es un sentimiento universal, que si se encuentra presente en un grado moderado sirve como un mecanismo adaptativo, ayuda al individuo a enfrentarse a determinadas situaciones, a tener iniciativas y le preparan para la acción. Si la intensidad de la ansiedad sobrepasa determinados límites, esa función adaptativa se pierde y la ansiedad se vuelve en contra del sujeto, comienza a somatizar y restringir

su libertad ” (Dra. Miriam Cires Pujol, Profesor Auxiliar de Farmacología. Escuela Nacional de Salud Pública, Sección de Consulta Terapéutica. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología).

Cuando la ansiedad se vuelve un problema que afecta de manera grave al sujeto, produciendole insomnio, ya sea porque le cuesta mucho conciliar el sueño, al punto de no poder dormir o bien porque se despierta en horas de la madrugada y ya no puede volverse a dormir es necesario iniciar tratamientos con medicamentos.

El insomnio puede ser de cuatro clases:

1. Cuando se presenta una situación específica que dura de 2 a 3 días , por ejemplo un viaje nocturno o una hospitalización, estamos ante un Insomnio transitorio.
2. Cuando existe una enfermedad orgánica, una enfermedad psiquiátrica, abstinencia por desintoxicación, estrés, etc. se nos puede presentar un insomnio que puede durar hasta 3 semanas, estamos ante un Insomnio de corta duración.
3. El insomnio que puede durar más de 3 semanas y que en el 30 al 50 % de los casos presentan un trastorno psiquiátrico asociado (sobre todo depresión mayor), es el que se conoce como Insomnio de Larga duración.
4. El insomnio que dura más de 3 meses y que puede presentarse por la abstinencia de drogas se conoce como Insomnio crónico.

Disfunción social en la actividad diaria

Los sujetos afectados por el síndrome del burnout, muestran un conjunto de síntomas y signos de carácter actitudinal, conductual y psicosomático que los demuestran mediante la desilusión, irritabilidad y sentimientos de frustración; se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces. Se vuelven rígidos, tercos e inflexibles, asimismo, afloran síntomas de carácter psicosomático como mayor cansancio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, etc.

Cfr: Hernández-Vargas Clara Ivette, Juárez-García Arturo, Hernández-Mendoza Elena, Ramírez-Páez José Antonio, 2005

Tipos de depresión

Existen varios tipos de depresión, según su origen y efectos, en cada uno de estos tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas de la depresión varían, así tenemos:

- El Trastorno Depresivo Mayor, que es la depresión diagnosticada más a menudo y de mayor gravedad. “Los criterios del DSM-IV indican que se trata de un estado de ánimo en extremo deprimido que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (como sensaciones de poca valía y de indecisión) y funciones físicas perturbadoras (digamos, patrones de sueño alterados, cambios significativos de apetito y de peso o una pérdida de energía muy notable) a tal punto que la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador.” (Barlow, Durand, pág 212)
- La distimia o trastorno distímico, es menos severo que la depresión grave, pero a menudo dura más tiempo. Las personas que padecen Distimia sienten que han estado deprimidos durante toda su vida.”Los síntomas de la distimia son similares a aquellos de la depresión grave, aunque tienden a ser menos intensos. En ambas condiciones, una persona puede sentirse decaída o irritable, sentir disminución en el placer y pérdida de energía. Se sienten relativamente desmotivados y desconectados del mundo. El apetito y el peso pueden aumentar y disminuir. La persona puede dormir demasiado o tener problemas para dormir y hasta para concentrarse. La persona puede también ser indecisa o pesimista, o tener una autoimagen baja.” (<http://www.vidaysalud.com/su-salud-de-a-a-z/distimia/>)
- Trastorno Bipolar, es el que solía llamarse Trastorno Maníaco Depresivo, es un trastorno mental caracterizado por cambios bruscos en el estado de ánimo, que van desde el más eufórico (maníaco) hasta el más decaído (depresivo).
- La depresión que produce el burnout es la llamada depresión reactiva o depresión neurótica que “es aquella que se produce como respuesta a un acontecimiento negativo de la vida del sujeto, no teniendo por qué brotar inmediatamente después del acontecimiento desencadenante, sino que puede aparecer hasta semanas o meses después de que éste se haya producido.” (http://es.goldenmap.com/Depresi%C3%B3n_reactiva)

Investigaciones realizadas

Las investigaciones realizadas, nos indican que el burnout, ocasiona cambios que inciden en la salud de las personas, por la actividad el sistema nervioso y endocrino que están conectados entre sí, recibiendo el organismo mensajes de

peligro, miedo y conmoción, lo que comienza porque los músculos del cuerpo se ponen muy tensos y necesitan más sangre, el corazón y los pulmones empiezan a trabajar tiempo extra, con el fin de proveer más sangre a los músculos, para la acción. el ritmo del corazón y de la respiración y la presión sanguínea se elevan desmesuradamente. Puede que haya hiperventilación o respiración excesiva para proveer más oxígeno. El ritmo metabólico sube tremendamente. La sangre es desviada de las vísceras abdominales y la piel hacia las “zonas de combate” de los músculos, el corazón y los pulmones. Por lo tanto la piel empieza a palidecer, El hígado entra en acción, produciendo más glucosa para proveer combustible a los músculos.

Mientras tiene lugar toda la actividad descrita, lo último que el cuerpo desea es comer, de modo que todo el sistema digestivo cambia su naturaleza , la boca y la garganta se secan, entre otras muchas situaciones más que se producen en nuestro organismo, por lo que estar sometido mucho tiempo al burnout es sumamente nocivo para nuestra salud.

Entre los trabajos de investigación realizados respecto al tema tenemos:

- “Estrés y burnout en `profesionales de la salud de los niveles primarios y secundario de atención”, Jorge Román Hernández, 2003, Cuba. Resumen: Objetivo. Estimar la prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo (burnout o desgaste laboral) en una muestra de profesionales de enfermería intensiva, y analizar su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales. Diseño. Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento. Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Morales Meseguer ubicado en Murcia capital. Método. Se emplearon tres instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y los cuestionarios validados Maslach Burnout Inventory (MBI) y General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg, para la evaluación del burnout y el estado general de salud percibido, respectivamente. Resultados. De un total de 56 cuestionarios administrados, se obtuvieron 42 válidos, lo que supone una tasa de respuesta del 75%. Destaca la puntuación media obtenida en la dimensión de agotamiento emocional (25,45 11,15). El 42,9% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Resultó significativa la asociación

burnout-salud general percibida ($r = 0,536$; $p < 0,001$), destacando sobre todo la asociación agotamiento emocional-escala B de síntomas de ansiedad ($r = 0,648$; $p = 0,000$). Los niveles encontrados de desgaste profesional resultaron ser moderados-altos. El 11,9% de la muestra estudiada puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. Conclusiones. Los niveles de burnout y salud encontrados nos indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral.

- “Síndrome de Burnout en el hospital de enfermería de un Hospital de Madrid” Romana Albaladejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, P Astasio, ME Calle y V Domínguez , 2004, Madrid. Resumen: **Fundamento:** El término Burnout se refiere a una situación que es cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios a través de una relación directa y mantenida con las personas, entre los que se encuentran todos los profesionales sanitarios. El objetivo de nuestro estudio ha sido determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal entre los profesionales adscritos al área de enfermería del mencionado hospital. Las variables implicadas se recogieron mediante un cuestionario de elaboración propia. En cuanto al síndrome de Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español. **Resultados:** El personal de enfermería está más despersonalizado ($p=0,004$) y menos realizado ($p=0,036$) que el grupo de auxiliares/técnicos. Cuando se analizaron los resultados de las 4 escalas por servicios comprobamos que el agotamiento es superior en los trabajadores de oncología y urgencias ($p=0,001$), la despersonalización en urgencias ($p=0,007$), y el Burnout es de nuevo más alto en las áreas de oncología y urgencias ($p=0,000$). Los profesionales que respondían que su labor asistencial era poco reconocida obtenían las peores puntuaciones en el Burnout y sus tres dimensiones ($p = 0,000$). A menor grado de satisfacción laboral más altas son las puntuaciones en las 4 escalas ($p=0,000$). **Conclusiones:** Podemos concluir que en nuestro estudio el perfil del sujeto afecto de Burnout se corresponde

con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

- “Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos” María Isab el Ríos Rísquez, Félix Peñalver Hernández, Carmen Godoy Fernández **Localización:** Enfermería intensiva, ISSN 1130-2399, Vol. 19, Nº. 4, 2008 , págs. 169-178 .**Resumen:** Objetivo. Estimar la prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo (burnout o desgaste laboral) en una muestra de profesionales de enfermería intensiva, y analizar su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales. Diseño. Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento. Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Morales Meseguer ubicado en Murcia capital. Método. Se emplearon tres instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y los cuestionarios validados Maslach Burnout Inventory (MBI) y General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg, para la evaluación del burnout y el estado general de salud percibido, respectivamente. Resultados. De un total de 56 cuestionarios administrados, se obtuvieron 42 válidos, lo que supone una tasa de respuesta del 75%. Destaca la puntuación media obtenida en la dimensión de agotamiento emocional (25,45 6 11,15). El 42,9% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Resultó significativa la asociación burnout-salud general percibida ($r = 0,536$; $p < 0,001$), destacando sobre todo la asociación agotamiento emocional-escala B de síntomas de ansiedad ($r = 0,648$; $p = 0,000$). Los niveles encontrados de desgaste profesional resultaron ser moderados-altos. El 11,9% de la muestra estudiada puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. Conclusiones. Los niveles de burnout y salud encontrados nos indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral.

b. El burnout y el afrontamiento

Definición de afrontamiento

El afrontamiento se define como el esfuerzo, tanto cognitivo como conductual, que hace el individuo para hacer frente al estrés, para manejar las demandas tanto externas como internas y los conflictos entre ambas.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas interna y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona”. Para ello manejar el estrés incluiría no sólo el dominio sino la aceptación, la tolerancia la evitación o la reducción de las condiciones estresantes. No sólo importaría el resultado sino que englobaría todos los intentos para manejar estas situaciones.

Teorías de afrontamiento

Dentro de la psicología cognitiva y centrándonos en el ser humano, hay dos formas de entender las estrategias de afrontamiento:

1. Como un estilo cognitivo consistente de aproximación a los problemas, entendiendo estilo cognitivo como el modo habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognitivos, como son la percepción, la memoria, el procesamiento.
2. Como un estado o proceso dependiente de la situación. Se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante las distintas situaciones o problemas. Esta segunda forma de entender las estrategias de afrontamiento indicaría que hay poca consistencia en las estrategias ante distintas situaciones e, incluso, puede cambiarse de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento (a veces llamadas con el término inglés *coping*) hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas,

que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.

El tipo de conducta de afrontamiento es importante porque, además de servir para dominar las demandas de la situación de estrés, determina la forma en que se activa el organismo. El organismo se activa de muy distintas maneras, según la persona trate de controlar la situación o adopte una actitud pasiva ante ésta. Las conductas motoras realizadas para hacer frente a una situación estresante son conductas específicas para una situación concreta o conductas más generales para una amplia gama de situaciones, dependiendo de qué conductas se han aprendido en ocasiones anteriores. Las consecuencias de estas conductas determinarán que sean consideradas como correctas o incorrectas por la persona. Lo que determina que una conducta se repita o no en un futuro, no es la supuesta corrección e incorrección moral de ésta, sino su eficacia para cambiar la situación.

Entre las posibles técnicas de afrontamiento tenemos: confrontación, distanciamiento, autocontrol, buscar apoyo, aceptación de la responsabilidad, escape, evitación, planificar soluciones, reevaluación positiva, pensamientos positivos, búsqueda de apoyo social, búsqueda de soluciones, etc.

Cfr: Pilar Sánchez Álvarez, 2005.

Investigaciones realizadas

Diversas investigaciones indican como más estresantes las profesiones de ayuda; entre ellas, la más reconocida es la psicología. Si dichas profesiones están consideradas entre las más agobiantes y los profesionales de la salud ven potenciado el efecto del estrés, la posibilidad de que estas personas vean limitadas sus capacidades intelectuales y emocionales también se incrementa. En ese sentido, los estudiantes de psicología, los médicos y enfermeras recién graduados, pueden verse doblemente afectados debido a que aún no cuentan con todos los recursos personales y sociales necesarios para hacer frente a demandas excesivas del estrés laboral.

Entre las investigaciones realizadas tenemos:

- “Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos” realizado por Consuelo Morán Astorga, Universidad de León- España, publicado en el 2.008.
- “COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE” realizado por: Consuelo Morán ,Universidad de León, España; René Landero y Mónica Teresa González Universidad Autónoma de Nuevo León, México, publicado en el 2.010.
- “Síndrome de Burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores” Universidad de Salamanca-España , realizado por Cristina Jenaro-Río, Noelia Flores Robaina, Francisca González Gil, publicado en el 2.006

El burnout y la relación con el apoyo social

La teoría que concibe el apoyo social como una manera de ayudar a las personas que padecen de estrés, se basa en el hecho de que el apoyo social es uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estrés “Su ausencia es en sí misma una fuente de estrés o un factor que contribuye a deteriorar la salud y el bienestar y tiene relaciones significativas con la depresión” (Scharzer R, Leppin A. Social support and health: A theoretical and empirical overview. J Soc Pers Relat 1991; 8:99-127.). “Es posible distinguir dos niveles de análisis del apoyo social: el estructural y el funcional” (Abril VJ. Apoyo social y salud. Valencia: Promolibro; 1997. Pp. 8-11.) .

El estructural está formado por la red social del individuo, y el funcional que esta dado por la evaluación subjetiva del apoyo social, especialmente, en las conductas de apoyo –percepción y recepción de apoyo– y en las funciones implicadas en esas conductas.

“Los cuatro ejes que el conjunto de investigaciones ha permitido identificar como más importantes son los siguientes: (a) para la gente es importante la ayuda percibida como disponible, tanto como la ayuda percibida como efectivamente recibida; (b) el apoyo social puede producirse en tres ámbitos diferentes: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas; (c) la ayuda puede ser principalmente de dos tipos: instrumental (como medio para conseguir otros objetivos) o expresiva (como fin en sí misma); y (d) desde el punto de vista del bienestar y la salud, tanto el apoyo cotidiano

como el que se recibe en situaciones de crisis son importantes “ (Lin N, Dean A, Ensel W. Social Support Scales: A Methodological Note. Schizophr Bull 1981; 7:73-90.)

En relación al burnout, diversas investigaciones muestran que un apoyo inadecuado, o que no se brinda, facilita su aparición y el desarrollo de enfermedades (Aranda C, Pando M, Pérez M.) y que el apoyo social está negativamente asociado con burnout (Brown C, O'Brien). También se ha encontrado que los compañeros de trabajo y el jefe inmediato constituyen fuentes de apoyo importantes (Greenglass ER, Fiksenbaum L, Burke RJ.), asociadas con una menor incidencia de burnout (Moreno B, Peñacoba C.). En enfermeras chilenas existe alguna evidencia de que la relación con los pares está relacionada con el agotamiento emocional y la baja realización personal (Avendaño).

Definición de apoyo social

El apoyo social se considera un constructo multidimensional con multitud de acepciones que no pueden intercambiarse entre sí.

En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).

Modelos explicativos del Apoyo Social

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. Las principales son (Gallar, 2006):

a) Redes de apoyo social natural

- La familia.
- Amigos y allegados.
- Compañeros de trabajo.
- Vecinos.
- Compañeros espirituales (ej.: parroquias).

Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad.

b) Redes de apoyo social organizado

- Organizaciones de ayuda al enfermo.
- Seguridad Social.
- Empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado.
- Instituciones de acogida.
- Organizaciones de voluntariado.

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

Apoyo Social Percibido

Hay que tener en cuenta que no todo el apoyo proporcionado puede ser percibido como suficiente y adecuado para el sujeto. El apoyo social percibido es más importante que el recibido, ya que es el que determina el bienestar físico y psicológico del sujeto. El apoyo percibido actúa a un nivel global aumentando los

sentimientos de autovalía y eficacia y por tanto, incrementa la autoconfianza a nivel general, ésta se relaciona con un mejor afrontamiento de las situaciones que se dan para la presencia del burnout. Sin embargo, el apoyo recibido es efectivo en periodos puntuales de experimentación del síndrome y no a un nivel general.

Apoyo social Estructural

Hace referencia tanto a las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras).

Cfr: María del Carmen Ortego Maté; Santiago López González (2008)

Investigaciones realizadas

Las investigaciones realizadas sobre el burnout y su relación con el apoyo social, se ha estudiado para ver de qué manera este apoyo puede disminuir la posibilidades de que los profesionales y voluntarios adquieran el síndrome e incluso puedan superarlo si ya le están padeciendo.

- “Burnout y Apoyo Social en personal del servicio de Psiquiatría de un hospital público” realizado por Cecilia Avendaó, Patricia Bustos, Paola Espinoza, Felipe García y Tamara Pierart , Universida de Concepción- Chile, publicado en el 2.009
- “Apoyo Social y Síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión” realizado por: Carolina Aranda Beltrán, Manuela Pando Moreno, María Berenice Perez Reyes, Universidad Veracruzana- México, publicado el 2004
- “Las redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome de burnout en agente de vialidad, México”, realizado por: Carolina Aranda Beltrán, Ma. Guadalupe Aldrete Rodríguez, Manuel Pando Moreno. Investigadores del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional. Universidad de Guadalajara, publicado en el 2008.

c. El burnout y su relación con la personalidad

Definición de personalidad

No existe una definición única de lo que es la personalidad, pero en términos generales podemos decir que, la personalidad es aquello que define a las personas, considerándose que son un conjunto de características o patrones particulares de cada individuo, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y la conducta de cada quien siendo estas las causas de que las personas sean diferentes unas de otras, todo lo cual está íntimamente relacionado con el temperamento y el carácter, es decir que es el modo habitual por el cual cada persona maneja su modo de proceder en la vida e incluso como maneja sus dificultades, cabe destacarse que nadie nace con una personalidad definida, sino que cada ser humano nace con unas características específicas que según el ambiente se irán definiendo, la personalidad no es estática, sino que ira transformándose con el paso de los años.

La personalidad, tiene incidencia directa con el desarrollo de las habilidades que requiere el ser humano para su integración en grupos sociales y de trabajo, para esto es necesario que tengamos conciencia del tipo de personalidad que poseemos y así poder tener plena conciencia de nuestras fortalezas para explotarlas al máximo y de nuestras debilidades para poder manejarlas, debido a que la personalidad se puede manejar y cambiar pues podemos modificar lo que pensamos, sentimos, decimos y hacemos; lo cual se logra con apoyo a través de la psicoterapia, talleres, eventos de crecimiento personal, y leyendo libros de superación personal.

Tipos de Personalidad

Los psicólogos no se ponen de acuerdo en la manera como se deben presentar los diferentes tipos de personalidad existentes, sin embargo se la codifica mediante un adjetivo que las pueda describir, así tenemos que una de las que se considera mas sencilla de entender es la clasificación de Cattell (1940) que identifico 35 rasgos de personalidad, quien en conjunto con colaboradores, construyeron tests, con cuyos resultados y aplicando el método estadístico del análisis factorial, dieron como resultados 16 grandes rasgos de personalidad, en 1961 Tupes y Christal encontraron 5 factores recurrentes que podrían explicar muchos tipos de

personalidad y finalmente Hans Jurgen Eysenck lo redujo a 3 tipos, él sostiene que la personalidad se va formando en base al aprendizaje que el ser humano va obteniendo a través de su vida y determina la existencia de tres tipos de personalidades, a las que denomina A, B y C; para Eysenck, las teorías de la personalidad son reduccionistas, porque ellas reducen las diferencias individuales observadas en la conducta a : factores psicológicos, neurológicos y anatómicos. El autor plantea que el problema básico de la psicología actual es que carece de una tradición científica y que, por lo tanto, esta falta de rigor científico derivaría en una actitud ecléctica por parte de esta disciplina.

Eysenck plantea que se deberían buscar leyes que rijan el comportamiento para conceptualizar al hombre como un ente sujeto a leyes, y no como un ser indeterminado o impredecible. El método que él propone utilizar sería:

- a) la observación aguda.
- b) la toma de datos.
- c) la formulación de hipótesis.
- d) la verificación experimental rigurosa.

Esta teoría se considera como una estructura jerárquica, y su apote central está en el descubrimiento de superfactores o factores de segundo orden, extraídos de la teoría de Cattell. Los tres principales factores que surgieron de la investigación correlativa entre los rasgos fueron: Extroversión-Introversión, nominada como E, Neuroticismo-Estabilidad (N) y Psicoticismo-Normalidad (P).

Respecto a estos factores, sus conclusiones apuntan a dos aspectos básicos:

- 1) Los individuos difieren entre sí a lo largo de la escala del factor Extroversión-Introversión.
- 2) Los individuos difieren en cuanto a su situación respecto de un factor de inestabilidad emocional, que es el neuroticismo, y que éste sería el polo opuesto del factor W (Will), descubierto por Spearman y Webb que designan con él a la estabilidad afectiva o emocional.

En 1981, Eysenck distingue el factor P, el cual fue incorporado a su concepción general de personalidad. Eysenck ha utilizado un método general que es el análisis factorial y otro que fue creado por él, llamado análisis criterial.

Cfr: Susan C. Clininger, 2000

Patrones de conducta

Neuroticismo (Estabilidad-Inestabilidad Emocional).

Las personas con puntuaciones altas en esta dimensión tienen cambios de humor frecuentes, suelen estar preocupados, ansiosos, deprimidos y sentirse culpable. Reaccionan fuertemente ante los estímulos.

Extraversión.

Los individuos extravertidos son sociables, comunicativos, desinhibidos, activos, habladores y dominantes. Además buscan excitación y estimulación. Eysenck ha planteado dos teorías para explicar el comportamiento diferenciado de introvertidos y extravertidos:

El modelo de excitación-inhibición: Utiliza procesos fisiológicos sin localizarlos específicamente. Propuso que las personas que están predispuestas a desarrollar pautas de comportamiento extravertido son las que tienen: potenciales excitatorios débiles e inhibición reactiva fuerte. Las personas que desarrollan patrones de conducta introvertido son las que poseen: potenciales excitatorios fuertes e inhibición reactiva débil. Por tanto, **la inhibición fisiológica** es inversamente proporcional a la inhibición conductual.

La teoría de la activación cortical: Aparece porque la anterior propuesta no permitía hacer predicciones empíricamente contrastables. Según esta teoría las personas que tienen, en condiciones de reposo, un nivel de arousal crónicamente alto, se comportan de forma introvertida. Así, a mayor activación cortical, menor activación conductual y a la inversa. Propone el SARA (Sistema de activación reticular ascendente) como base neurológica responsable del nivel de activación. crónicamente bajo tienden a comportarse siguiendo el patrón extravertido. Los que tienen

Algunos estudios han demostrado que los extravertidos se orientan hacia fuentes de estimulación del ambiente que les reportan un mayor nivel de estimulación. Con dichos trabajos sólo se constata que los extravertidos prefieren esas situaciones, pero no que tengan un mayor arousal cortical crónico. Demostrar esto no es fácil por varias razones:

- a) Por la falta de una única y directa medida del arousal, ya que hay especificidad individual de respuesta (una persona reacciona ante los estímulos aumentando su frecuencia cardíaca y otra aumentando su respiración).
- b) Porque existe especificidad de la respuesta al estímulo (distintos estímulos producen patrones de activación diferentes).
- c) Las relaciones entre estímulos y respuestas son de U invertida (Ley Yerker-Dodson). El rendimiento óptimo se obtendría con niveles medios de activación.

Los resultados muestran que los introvertidos presentan mayor reactividad a la estimulación sensorial, y que introvertidos y extrovertidos no difieren en arousal en condiciones neutras o crónicamente. Por tanto, aunque la teoría no es completamente exacta, tiene razón sobre la sensibilidad de los introvertidos a la estimulación.

En estudios sobre rendimiento, los introvertidos rinden mejor en situaciones con niveles de estimulación moderados, y los extravertidos con niveles altos. Lo cual indica que difieren en el nivel de estimulación para rendir mejor.

Psicoticismo.

Las personas con altas puntuaciones en esa dimensión son frías, egocéntricas, impulsivas y agresivas. No les importan los demás y se muestran indiferentes ante el peligro. A pesar de las muchas características socialmente negativas, Eysenck relaciona esta dimensión con la creatividad y el pensamiento divergente (ya que inclina a la gente a todo tipo de conductas raras o anormales).

La Impulsividad propiamente dicha sería también uno de sus componentes, aunque algunos aspectos de esta característica (atreimiento y búsqueda de sensaciones) se incluyen en la Extraversión.

Eysenck ha propuesto que el Psicoticismo está relacionado con un exceso de dopamina y una disminución de serotonina. La dopamina reduce la inhibición cognitiva, y la serotonina la incrementa. Varios estudios apoyan esta idea, ya que se vincula el Psicoticismo con niveles inferiores de serotonina. También se confirma la relación de la dimensión con la creatividad

Cfr: , Milagros Ortiz Zabala, Murcia, 1985.

Locus de control

Se define el locus de control como la percepción que tiene una persona de lo que controla o determina el rumbo de su vida; es decir percibe que los eventos, conductas y su propio comportamiento tienen origen externo o interno. Es una perspectiva de que sus acciones son controladas por fuerzas internas o externas.

Es así que una persona en la cual predomina el locus de control interno considera que mucho de los eventos de su vida son consecuencia de su esfuerzo, perseverancia o habilidad, mientras que aquellos que tienen un locus de control externo atribuyen las cosas que le suceden a la suerte o a las oportunidades.

Las personas con predominancia de locus de control interno suelen tener iniciativa propia, ser más persistentes y a tomar más acciones orientadas a obtener lo que desean. Mientras que las que poseen un locus de control externo tienen menos iniciativa y muestran menos persistencia.

Las personas muestran dos tipos de respuestas frente a tareas difíciles. Uno es el patrón de desesperanza en la que cuestiona su destreza, seguido de expectativa negativa, menor persistencia, disminución del rendimiento y bloqueo ante desafíos futuros. Y el segundo: el patrón de orientación al logro, contrario a lo anterior, en que las personas se centran en una estrategia específica, expectativas positivas y su perseverancia se mantiene o aumenta y el desempeño mejora. Estos patrones dependen de los objetivos que los sujetos poseen durante la tarea y su autoconcepto.

La presencia de estos patrones está afectada fuertemente por lo que los padres hicieron cuando el adulto era niño, ya que cuando los padres hicieron atribuciones positivas mediante la verbalización positiva acerca de la habilidad de sus hijos, cuando adultos, estas personas son más autoeficaces en el aprendizaje y

ejecución de las tareas. Por otra parte cuando los padres contradijeron a los niños expresándoles que no poseían habilidad o dirigieron su atención a otra cosa manifiestan de adultos conductas de desesperanzas.

En consecuencia para que las personas desarrollen patrones de persistencia y autoeficacia no se debe sugerir renunciar, cuando la persona tiene una creencia que lo lleve a una conducta de desesperanza, por el contrario se debe redirigir la atención de la persona desde la habilidad hacia el dominio, de la tarea.

Cfr.: Arancibia Violeta, Herrera Paulina, Strasser Katherine, 2004.

Investigaciones realizadas

Las investigaciones realizadas hasta la actualidad con respecto a cómo el tipo de personalidad se relaciona con el desarrollo del síndrome del burnout son contradictorias en sus conclusiones. Aunque parece asociarse con mayor frecuencia a personalidades de tipo ansioso, pero en realidad esto no está claro aún, pero en lo que si se concuerda en las investigaciones es que el burnout no puede verse solamente desde el tipo de personalidad, sino de cómo se desarrolle la relación entre el trabajador y su trabajo en sí, estando aún por comprobarse si es que las personas que presentaban una autoexigencia rígida en el trabajo pueden ser quienes presenten mayor cansancio emocional, más despersonalización y una menor realización personal.

Algunas de las investigaciones realizadas son:

- “Factores de personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A, B, C”, realizado por Mirriam Usecche Parada, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia, publicado en el 2.008
- “La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos”, realizada por: Bernardo Moreno Jiménez, Nelson I. Morett Natera, Alfredo Rodríguez Muñoz y María Eugenia Morante Benadero, Universidad Autónoma de Madrid, publicada en el 2.006.
- “Burnout y su relación con la personalidad del trabajador y el ambiente laboral” realizado por Psi. Clara Ivette Hernandez Vargas, Dra. María Eloísa Dickenson

Bannack, facultad de Medicina, Universidad Eutónoma de México, publicado en el 2.006

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación constituye “El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación”. (Hernández. 2996), el diseño debe responder a las preguntas de investigación

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

La presente investigación posee las siguientes características:

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

Es no experimental, porque se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

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

Es exploratoria, porque se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Es descriptiva, porque se seleccionan 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)

4.2. Preguntas de la Investigación:

- 4.2.1. ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias?
- 4.2.2. ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan burnout?
- 4.2.3. ¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout?

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

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

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

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

4.3. Participantes

El estudio se realizó en el hospital Luis Vernaza, hospital que pertenece a la Junta de Beneficencia de Guayaquil y que es el centro más grande de atención médica general sin fines de lucro del Ecuador, y a pesar de no ser estatal, abre sus puertas a todos quienes lo necesiten; aquí, profesionales en las distintas especialidades médicas y quirúrgicas atienden a personas de todas las regiones del Ecuador. El servicio de Anestesiología está conformado por 27 médicos anesestesiólogos especialistas, 23 licenciados en Anestesiología y médicos residentes, para sus operaciones, cuentan con 18 quirófanos en el pabellón Valdez, 3 quirófanos en la Clínica Sotomayor, 2 quirófanos en la Unidad de Quemados y un quirófano para Hemodinamia, Gastroenterología e Imagenología; además del consultorio de Pre-anestesia con sus médicos respectivos.

La población objeto de estudio corresponde a 15 médicos y 15 enfermeros (Licenciados en Anestesiología) que laboran en el Pabellón Valdez del Hospital Luis Vernaza; para lo cual se solicitó el permiso de la Dra. Mónica Muñoz, una de las jefes de dicho Pabellón, quien colaboró para poder aplicar los instrumentos de investigación, los mismos que fueron aplicados independientemente de los años de servicio, edad, género, siendo la ubicación geográfica de todos urbano.

4.3. Instrumentos

Los datos de esta investigación se recogen mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: **variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad**, los cuales se diseñaron para ser aplicados en el personal que se encuentra vinculado a instituciones de salud y con el orden detallado a continuación.

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

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout, el resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala **MBI** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora mediante 3 escalas que son:

- Agotamiento Emocional: puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en su trabajo.
- Despersonalización: puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.

- Realización Personal: indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibido por el individuo, es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

4.3.3. Cuestionario de Salud Mental (GHC28).- El GHC28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1.970) es un cuestionario autoadministrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud que consta de 28 ítems, cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud del encuestado, para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante 4 subescalas que son:

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamientos entre otros.
- Ansiedad e insomnio: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión grave: Sentimientos de disvalía, pensamientos de muerte.

4.3.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Tiene su origen en el año 1.989 entonces como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1.997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española, la cual se utiliza en la presente investigación. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuestas del individuo ante el estrés o situaciones difíciles, estos ítems son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor, planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.

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

5. RESULTADOS

5.1. Resultados de los cuestionarios realizados a médicos

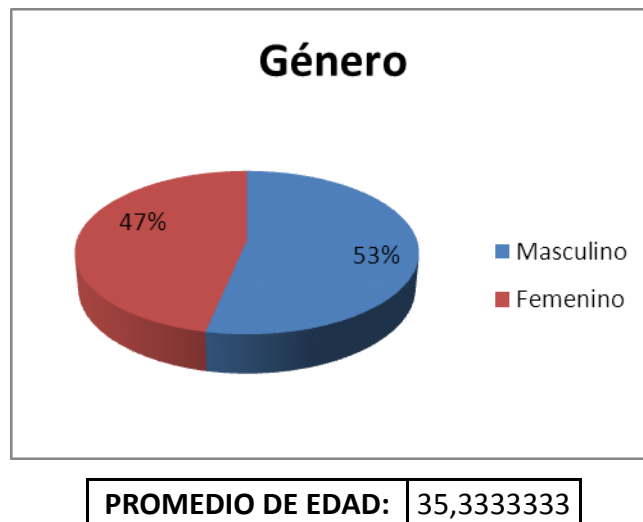
5.1.1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral

TABLA 1.1

1. Genero de los médicos entrevistados

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	8	53,33333333
Femenino	7	46,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los porcentajes obtenidos, dejan ver que el género masculino es mayoritario entre los médicos en anestesiología, lo que confirma que la población femenina tiene menor preferencia por esta especialidad.

TABLA 1.2

2. Zona de Vivienda de los médicos

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



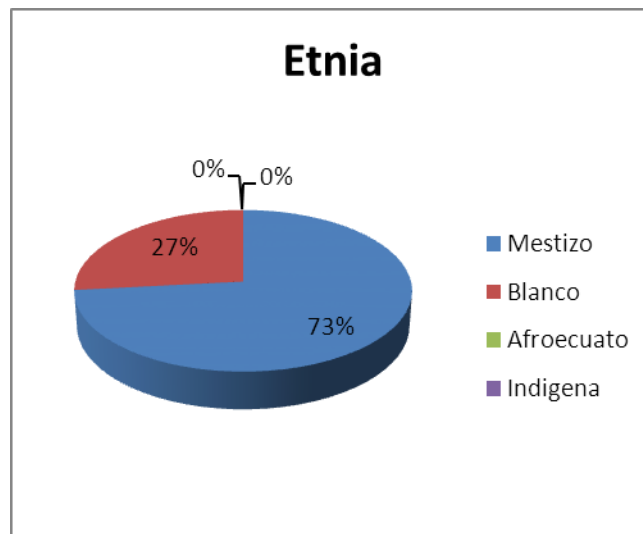
Los médicos tienen en su totalidad su zona de vivienda en la zona urbana, la vivienda en zonas urbanas acrecienta la ansiedad debido a las características propias de la zona (grandes distancias, excesivo tráfico, contaminación acústica, etc.)

TABLA 1.3

3. Etnia a la que creen pertenecer los médicos entrevistados

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	11	73,33333333
Blanco	4	26,66666667
Afroecuato	0	0
Indigena	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



En cuanto a la etnia de los médicos se observa que la raza mestiza es la que predomina en el medio poblacional y la raza blanca esta presente en menor porcentaje.

TABLA 1.4

4. Estado civil de los médicos entrevistados

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	3	20
Casado	10	66,6666667
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	6,6666667
Unión libre	1	6,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE HIJOS:	1,26666667
---------------------------	------------

La mayoría de los médicos entrevistados son casados, probablemente porque el promedio de edad en que se obtiene la especialidad es entre los 28 y 35 años, su número de hijos es de 1 pudiendo deberse a que sus responsabilidades laborales no les permitirían atender más hijos.

TABLA 1.5

5. ¿Viven los médicos solos o con otras personas?

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



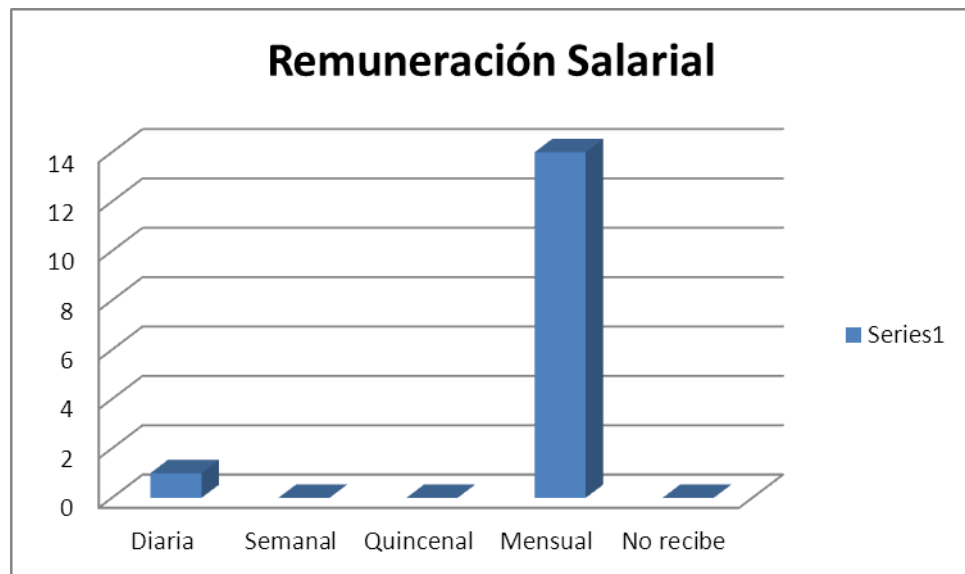
Los médicos no viven solos y comparten su vivienda ya sea con familiares o amigos, porque al poseer cargas familiares, como se presento en cuadros anteriores, es necesaria la presencia de por lo menos una persona adicional de apoyo para el funcionamiento de sus hogares.

TABLA 1.6

6. La remuneración salarial de los médicos entrevistados es:

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	1	6,66666667
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	14	93,33333333
No recibe	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



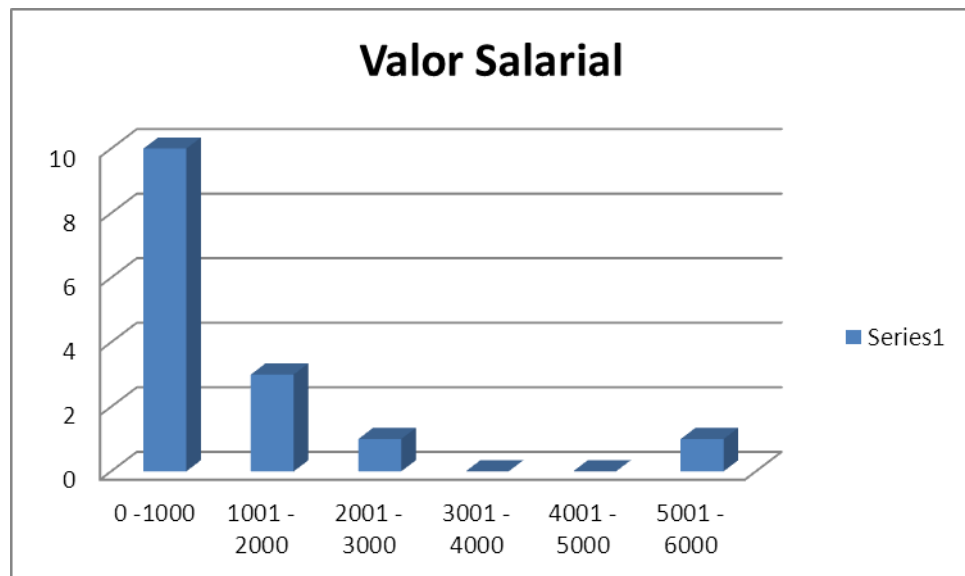
Los médicos, reciben mayoritariamente, su remuneración salarial mensualmente, ya que esta es la política de pago del hospital Luis Vernaza, un porcentaje mínimo recibe adicionalmente una remuneración diaria porque trabajan en consulta privada.

TABLA 1.7

7. El valor salarial de los médicos entrevistados se encuentra entre:

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	10	66,6666667
1001 -2000	3	20
2001 - 3000	1	6,66666667
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



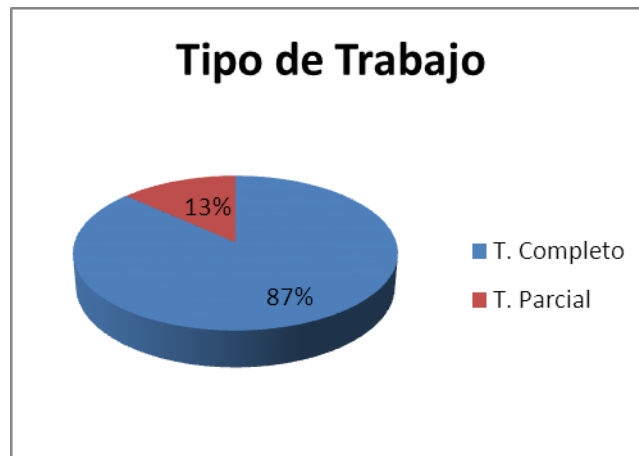
Los médicos entrevistados en su mayoría reciben un salario que no se considera un remuneración acorde a los años de sacrificio que demanda esta profesión (aproximadamente 12 años hasta obtener la especialidad), un pequeño porcentaje gana mejor salario porque poseen especialidades como cardiólogos intervencionistas que son mejor remuneradas.

TABLA 1.8

8. El tipo de trabajo en el que se desempeñan los médicos es de tiempo completo o parcial.

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	7,06666667
-------------------------------------	------------

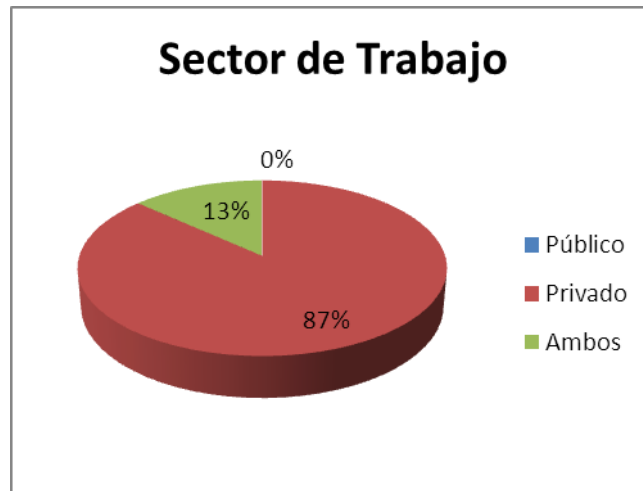
La mayoría de los médicos entrevistados trabaja a tiempo completo ya que la actividad de médico así lo requiere.

TABLA 1.9

9. Sector en el que trabajan de los médicos entrevistados.

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	0	0
Privado	13	86,6666667
Ambos	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



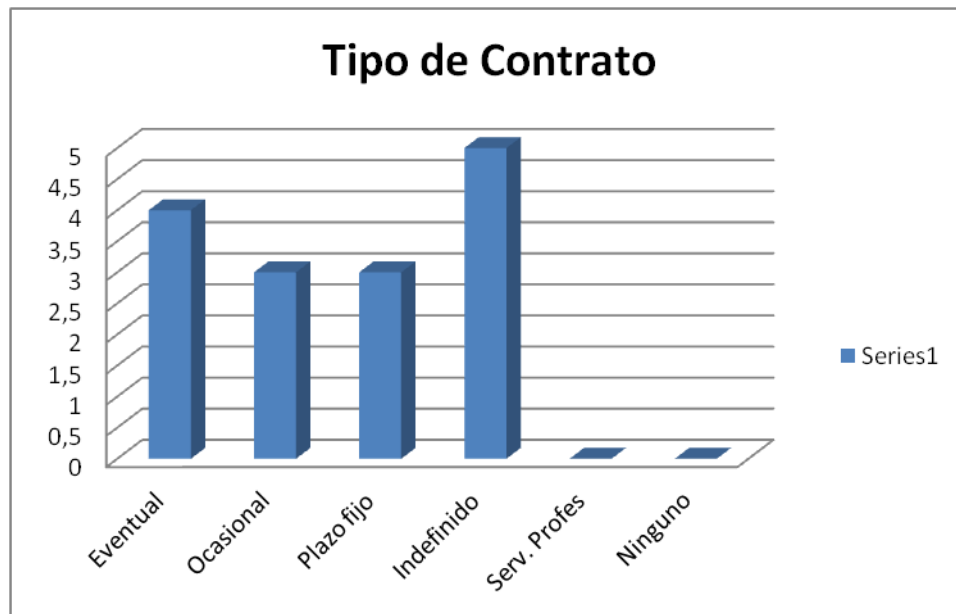
La mayor parte de los médicos trabaja en el sector privado, en el hospital Luis Vernaza, que es donde se los entrevistó siendo esta una entidad privada sin fines de lucro y un porcentaje menor se desenvuelve en ambos sectores porque dedican adicionalmente a la consulta en centros de salud públicos.

TABLA 1.10

10. Tipo de contrato de trabajo que poseen los médicos entrevistados

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	4	26,6666667
Ocasional	3	20
Plazo fijo	3	20
Indefinido	5	33,3333333
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,33333333
--	------------

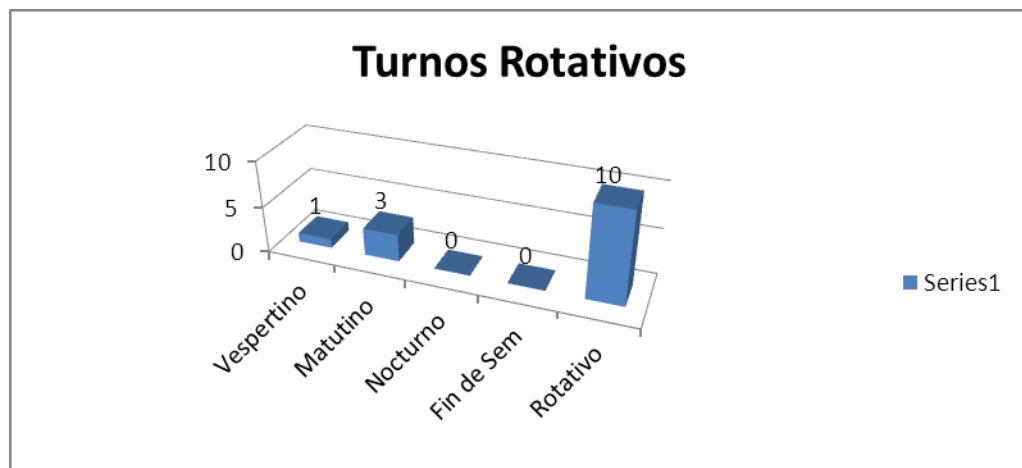
Los médicos en su mayoría tiene un tipo de contrato que les otorga estabilidad y seguridad en su empleo, un porcentaje tiene contrato de trabajo ocasional, lo que los hace sentir inestables.

TABLA 1.11

11. Tipos de turnos en los que trabajan los médicos entrevistados.

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	1	7,14285714
Matutino	3	21,4285714
Nocturno	0	0
Fin de Sem	0	0
Rotativo	10	71,4285714
TOTAL	14	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	15,7333333
SEMANALES	86,4666667

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	24,25
DÍAS	2

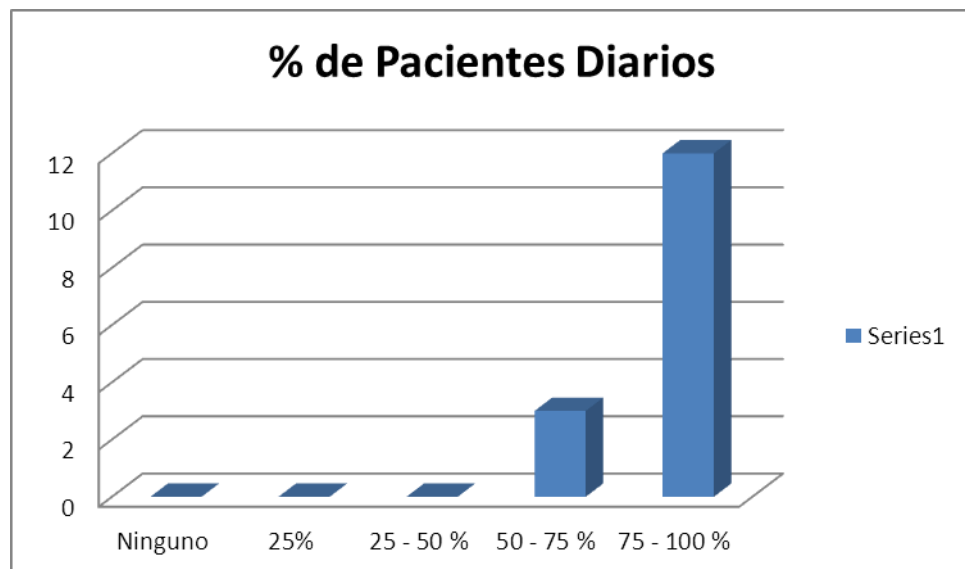
Los turnos en los que trabajan los médicos entrevistados, según se ve en este cuadro, es agotador por la gran cantidad de horas a las que se ven obligados a trabajar, pues lo adecuado, según el código de trabajo ecuatoriano es de 8 horas diarias, pudiendo ser una causa de presencia de burnout en ellos.

TABLA 1.12

12. Durante la jornada del trabajo qué porcentaje dedica a la atención de pacientes.

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	3	20
75 - 100 %	12	80
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



**PROMEDIO DE PACIENTES POR
DÍA**

8,46666667

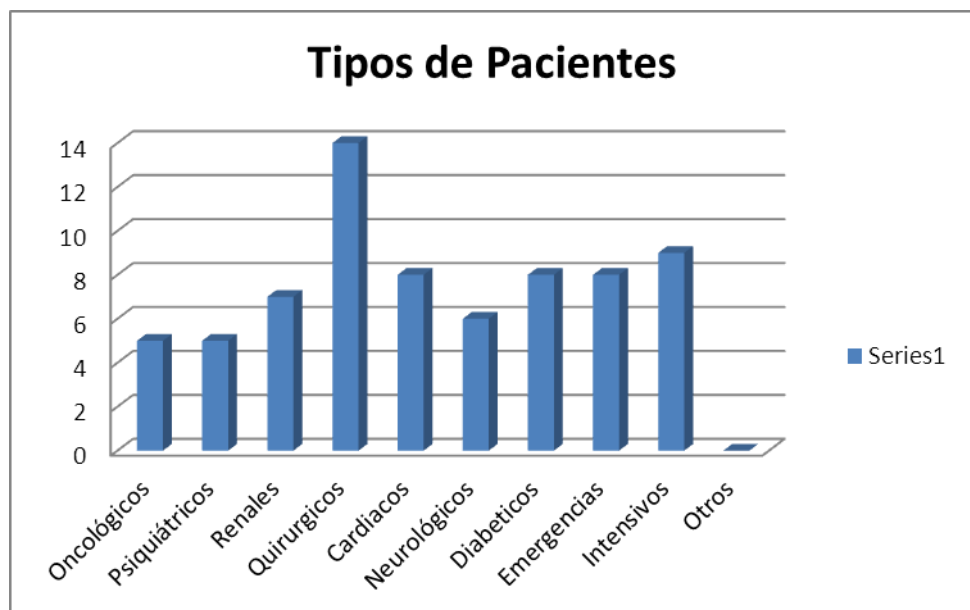
Durante la jornada de trabajo los médicos dedica la mayor parte de su tiempo a pacientes, lo que nos indica que los médicos anestesistas tratan en su gran mayoría a pacientes directos, mientras que, que en sus horas restantes combinan esta actividad con actividades administrativas

TABLA 1.13

13. Tipos de pacientes que atienden regularmente los médicos entrevistados.

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	5	7,14285714
Psiquiátricos	5	7,14285714
Renales	7	10
Quirurgicos	14	20
Cardiacos	8	11,4285714
Neurológicos	6	8,57142857
Diabeticos	8	11,4285714
Emergencias	8	11,4285714
Intensivos	9	12,8571429
Otros	0	0
TOTAL	70	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



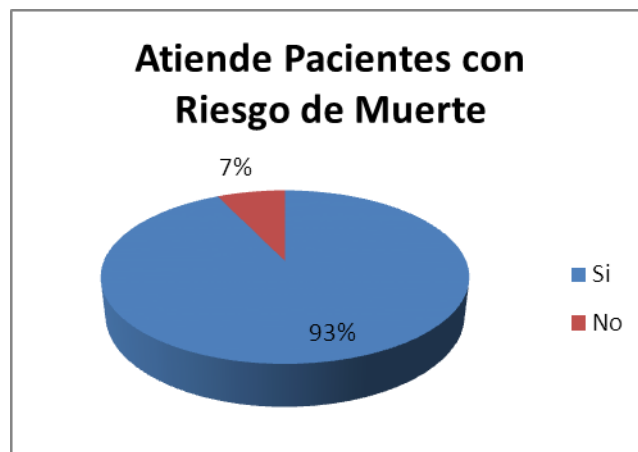
El tipo de pacientes que atienden regularmente los médicos son quirúrgicos, lo cual estaría acorde a la especialidad en anestesiología, aunque también las otras especialidades están presentes ya que por distintos diagnósticos médicos, requerirían de servicios de anestesia.

TABLA 1.14

14. ¿Ud. atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte?

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



La mayoría de los médicos entrevistados atienden pacientes con un alto riesgo de muerte, siendo fundamental su intervención como anestesistas en cuadros médicos así requerido, lo que sería una causa muy fuerte de burnout en ellos.

TABLA 1.15

15. En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se hayan relacionados los médicos entrevistados, han fallecido?

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	10	66,6666667
No	5	33,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	2,22222222
---	------------

En los últimos meses la mayoría de los médicos se han relacionado con pacientes fallecidos, lo que podría ser una causa para que los médicos se sientan sometidos a estrés y depresión.

TABLA 1.16

16. ¿La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo?

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	8	53,33333333
Medianamente	7	46,66666667
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los médicos se sienten apoyados en su labora porque la institución los provee de los recursos necesarios para su trabajo.

TABLA 1.17

17. Se preguntó a los médicos si han solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año.

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	5	33,3333333
No	10	66,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



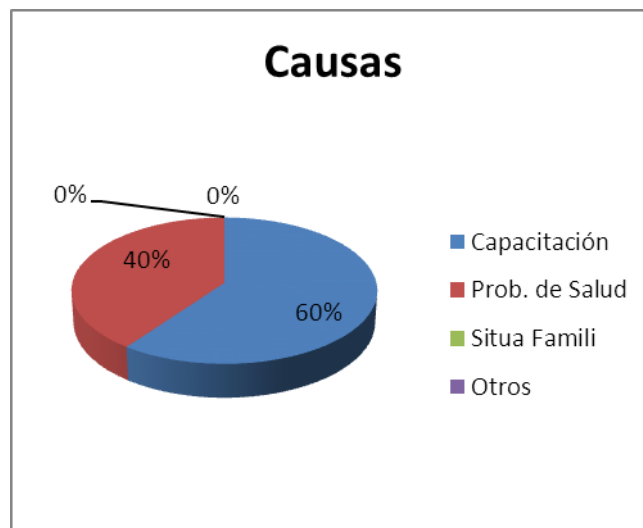
Los médicos en su mayoría no han solicitado permiso en la institución que laboran, lo que es un síntoma de alta responsabilidad entre estos profesionales de la salud.

TABLA 1.18

18. La causa de los permisos solicitados por los médicos entrevistados fueron:

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	3	60
Prob. de Salud	2	40
Situa Famili	0	0
Otros	0	0
TOTAL	5	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	4
------------------------------------	---

La causa de los permisos solicitados por los médicos fue por capacitación, ya que es necesario que los médicos anestesistas estén actualizándose constantemente y los otros por problemas de salud

TABLA 1.19

19. Se le preguntó a los médicos, ¿cuán valorados se sienten por sus pacientes?

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66666667
Poco	3	20
Bastante	5	33,33333333
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



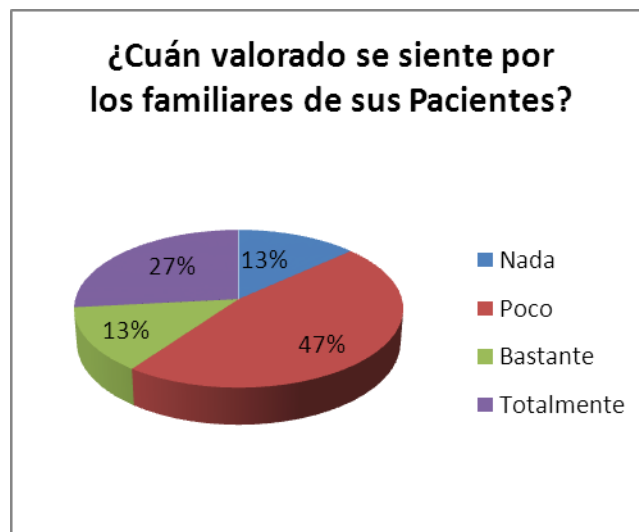
Los médicos se sienten valorados por sus pacientes, porque ellos así se lo manifiestan a los médicos, lo que es de mucha motivación para quienes prestan servicios.

TABLA 1.20

20. Se les preguntó a los médicos qué tan valorados se sienten por los familiares de sus pacientes.

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	2	13,33333333
Poco	7	46,66666667
Bastante	2	13,33333333
Totalmente	4	26,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Al ser el porcentaje el sentirse poco valorados el más alto, se llega a la conclusión de que los familiares de los pacientes asumen una actitud de queja y no tienen palabras de reconocimientos hacia estos médicos que ocupan un papel aparentemente secundario (anestesiistas) por lo cual se suele agradecer al médico general y no a ellos.

TABLA 1. 21

21. Se le preguntó a los médicos que tan valorados se sienten por sus colegas.

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	20
Bastante	10	66,6666667
Totalmente	2	13,33333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los médicos se sienten bastante valorados por sus colegas porque así se lo habrían hecho sentir sus compañeros al recibir feed back positivo por parte de ellos.

TABLA 1.22

22. Se le preguntó a los médicos que tan valorados se sienten por los directivos de la institución

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66666667
Poco	5	33,33333333
Bastante	9	60
Totalmente	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los médicos se sienten bastante valorado, porque así se los habrían dejado saber los directivos, lo que apoya a que se sientan motivados al trabajo.

TABLA 1.23

23. Se preguntó a los médicos si estaban satisfechos con su trabajo.

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



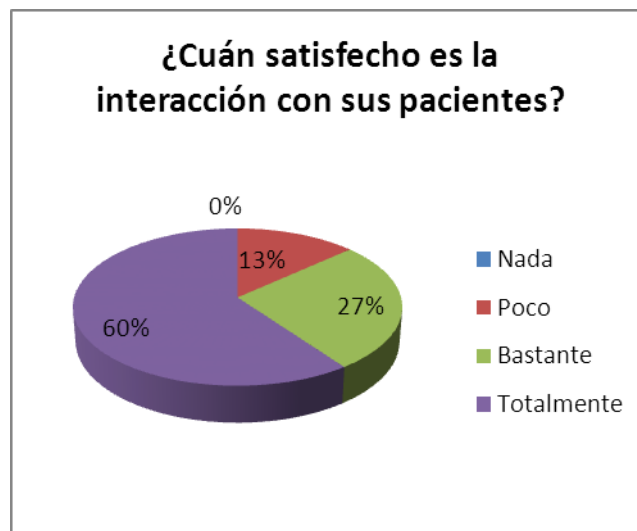
Los médicos entrevistados se sienten totalmente satisfechos con el trabajo que realizan, ya que al elegir la carrera de médicos seguramente su motivación primordial fue el servicio a los demás.

TABLA 1.24

24. Se preguntó a los médicos cuan satisfecho se siente en la interacción con sus pacientes.

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,33333333
Bastante	4	26,66666667
Totalmente	9	60
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



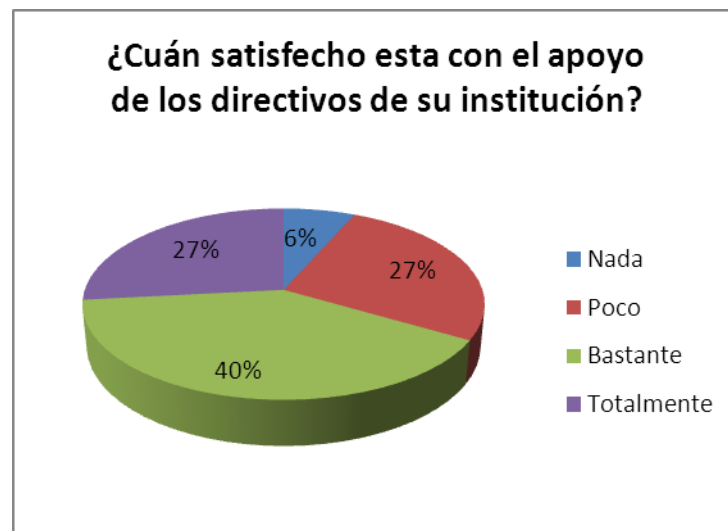
La mayoría de los médicos objetos de este estudio se encuentran totalmente satisfechos en la interacción con sus pacientes.

TABLA 1. 25

25. Se le preguntó a los médicos si estaban satisfechos con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66666667
Poco	4	26,6666667
Bastante	6	40
Totalmente	4	26,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



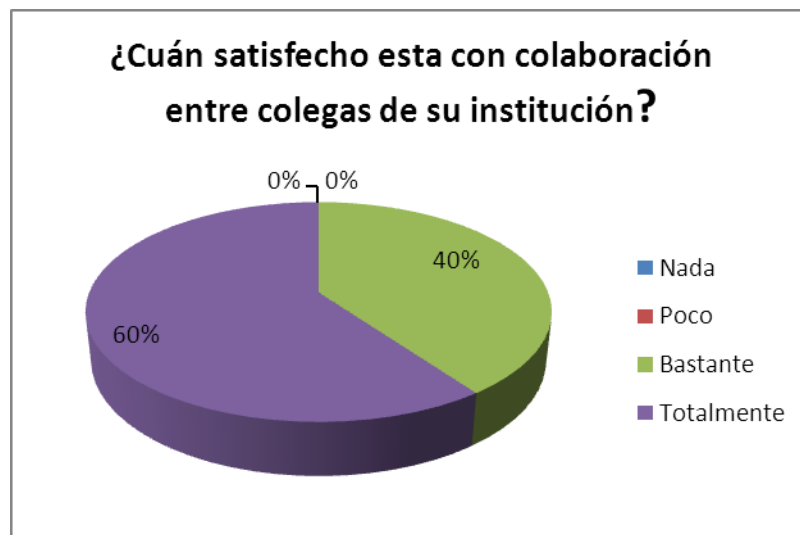
En cuanto al apoyo brindado por los directivos de la institución, se daría porque los médicos estarían siendo atendidos en la mayoría de sus requerimientos.

TABLA 1.26

26. Se le preguntó a los médicos si están satisfechos con la colaboración entre compañeros de trabajo

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	6	40
Totalmente	9	60
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los médicos se sienten satisfechos con la colaboración entre colegas de la institución, lo que es síntoma de una excelente comunicación.

TABLA 1.27

27. Se preguntó a los médicos si están satisfechos con la valoración global de su experiencia profesional

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,66666667
Bastante	7	46,66666667
Totalmente	7	46,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Se puede interpretar en el presente cuadro, que los médicos se están desempeñando en donde es su verdadera vocación profesional.

TABLA 1.28

28. Se les preguntó a los médicos si están satisfechos con su situación económica.

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	5	33,3333333
Poco	3	20
Bastante	4	26,6666667
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los médicos manifestaron sentirse satisfechos con su remuneración salarial, la respuesta a esta pregunta no parece ser veraz ya que ellos sentían miedo de sentirse evaluados y al expresar inconformidad con su trabajo, eso sea motivo de llamado de atención o algo similar,

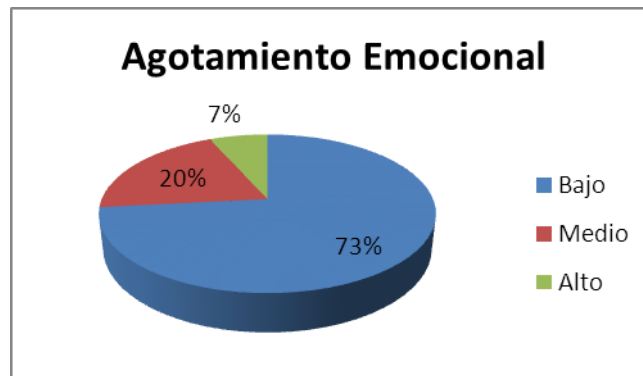
5.1.2. CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT)

TABLA 2.1

1. El agotamiento emocional presente en los médicos entrevistados fue:

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	11	73,33333333
Medio	3	20
Alto	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



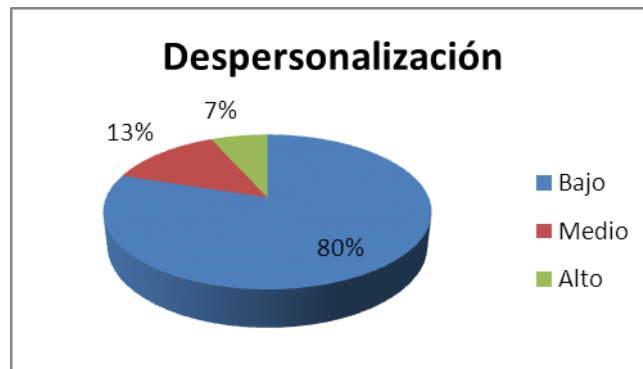
Se presenta un bajo agotamiento emocional, lo que indicaría que su trabajo no les produce gran preocupación, tensión ni frustración a excepción de uno que si lo presenta alto, lo que indicaría una progresiva pérdida de las energías vitales, irritación y queja constante por la cantidad de trabajo.

TABLA 2.2

2. La despersonalización presente en los médicos entrevistados fue:

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	12	80
Medio	2	13,33333333
Alto	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Se presenta una baja despersonalización, lo que indica que estos profesionales tienen actitudes positivas hacia los demás, ya que su trabajo les resulta bastante motivador, salvo un médico que si presenta un alto grado de despersonalización, teniendo baja desmotivación al trabajo.

TABLA 2.3

3. La realización personal presente en los médicos entrevistados fue:

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	1	6,66666667
Alto	14	93,33333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Se observa una alta realización personal, lo que nos indicaría que los médicos han logrado sentirse realizados con su trabajo y sienten ganas de ejercerlo cada vez mejor y con mucha vitalidad, mientras que un médico la presentó media, por lo que podría presentar altibajos en sus sentimientos ante los logros en su trabajo.

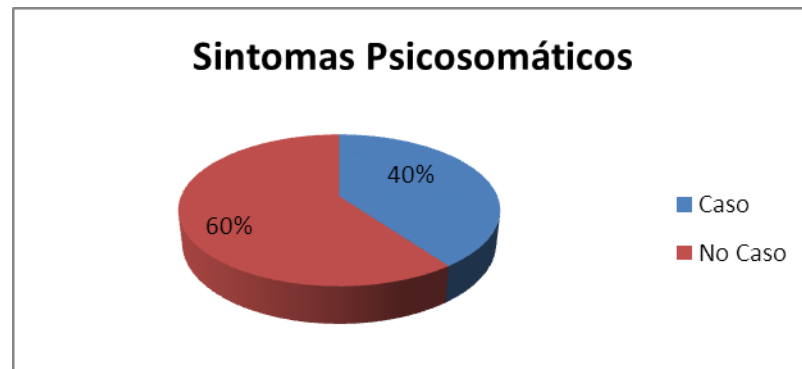
5.1.3. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

TABLA 3.1

1. Porcentajes de médicos entrevistados que presentan síntomas psicosomáticos.

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



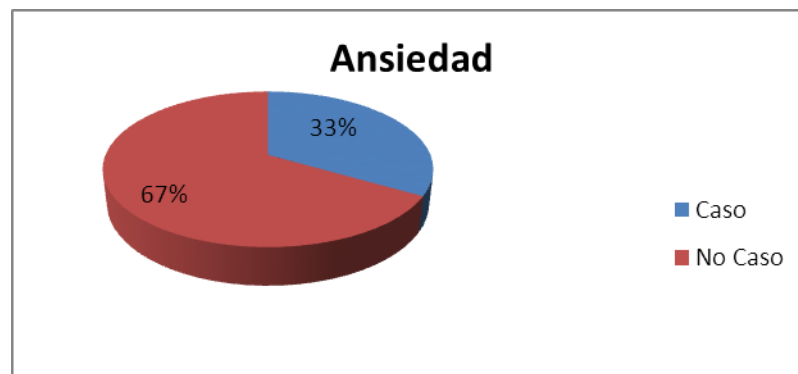
La mayoría de médicos no presentan síntomas psicosomáticos pero, 6 si lo presentan, es decir que estos últimos presentan dolores de cabeza, cansancio, escalofrío, etc. que pueden ser causados por estrés, depresión entre otros; debe en primer lugar descartarse una infección biológica.

TABLA 3.2

2. Porcentajes de médicos que presentan ansiedad.

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	5	33,3333
No Caso	10	66,6667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



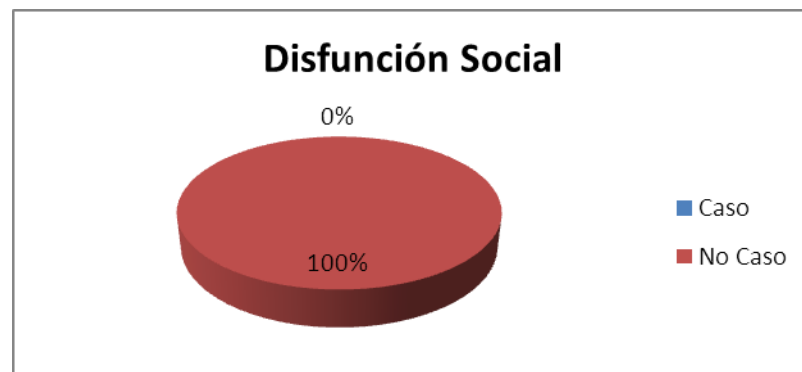
La mayoría no presentan síntomas ansiedad, pero 5 médicos si lo presentan, ellos podrían presentar síntomas de ansiedad como: dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión, irritabilidad.

TABLA 3.3

3. Porcentajes de médicos entrevistados que presentan disfunción social

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



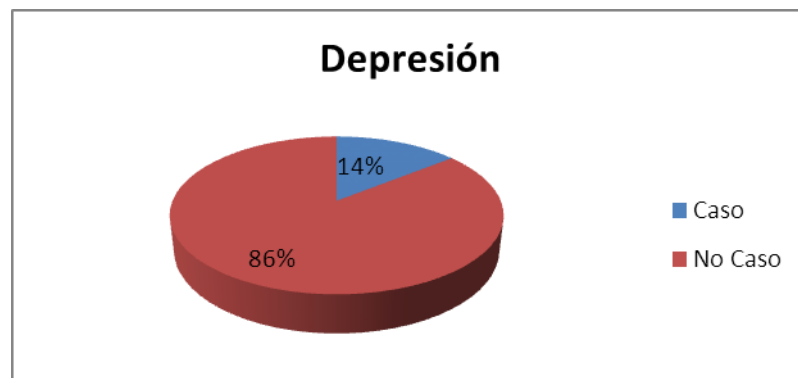
El 100 % de los médicos entrevistados no presentan disfunción social, es decir que los médicos no sienten rechazo social por parte de sus compañeros, familias y amigos, por lo que su desempeño en la vida social es bueno.

TABLA 3.4

4. Porcentaje de médicos entrevistados que presentan depresión

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	2	14,2857
No Caso	12	85,7143
TOTAL	14	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los médicos entrevistados no presentan indicios de depresión, a excepción de dos casos que si la presentan, lo que sería causa de de insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, deseos de quitarse la vida, etc.

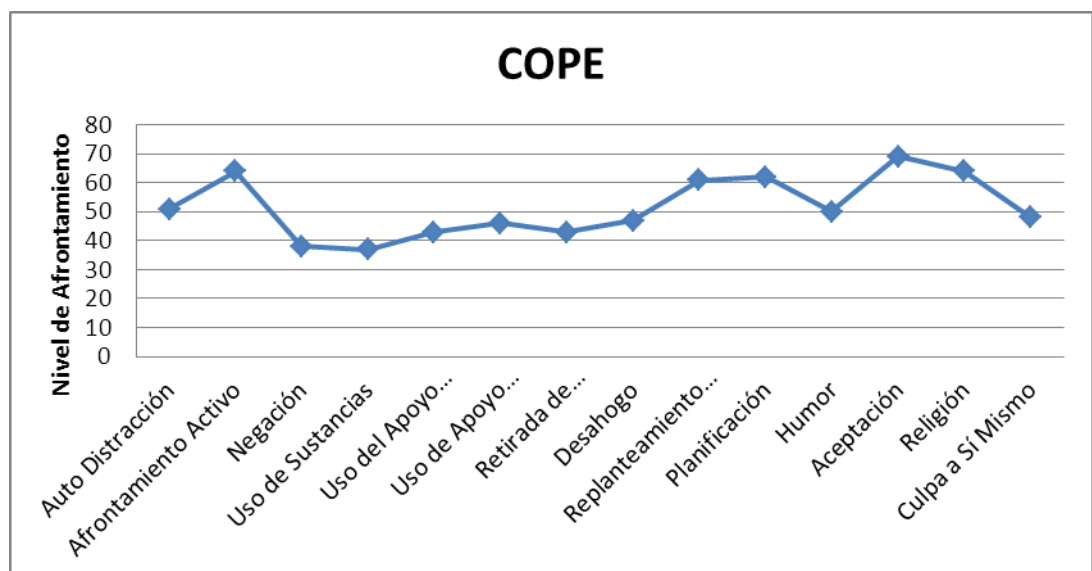
5.1.4. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF – COPE)

TABLA 4

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	51
Afrontamiento Activo	64
Negación	38
Uso de Sustancias	37
Uso del Apoyo Emocional	43
Uso de Apoyo Instrumental	46
Retirada de Comportamiento	43
Desahogo	47
Replanteamiento Positivo	61
Planificación	62
Humor	50
Aceptación	69
Religión	64
Culpa a Sí Mismo	48

Fuente: Hospital Luis Vernaza

Elaboración: La autora



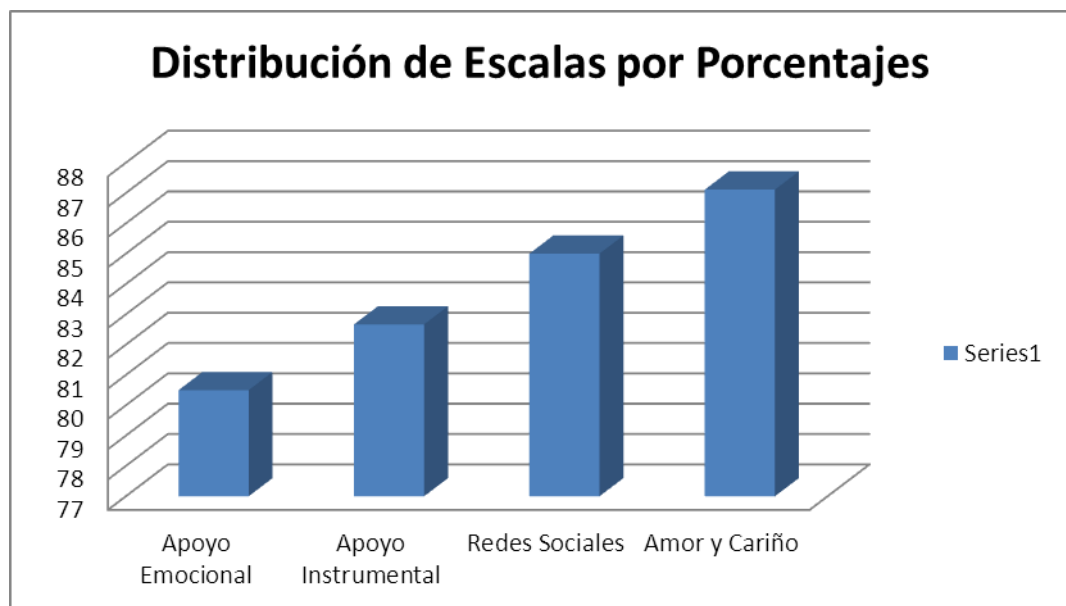
Se observa un afrontamiento positivo ya que los niveles de afrontamiento más altos son: la aceptación, la religión, el afrontamiento activo, la planificación.

5.1.5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

TABLA 5

Apoyo Social		Apoyo Social por %	
Apoyo Emocional	1207,5	Apoyo Emocional	80,5
Apoyo Instrumental	1240	Apoyo Instrumental	82,6666667
Redes Sociales	1275	Redes Sociales	85
Amor y Cariño	1306,66667	Amor y Cariño	87,1111111

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



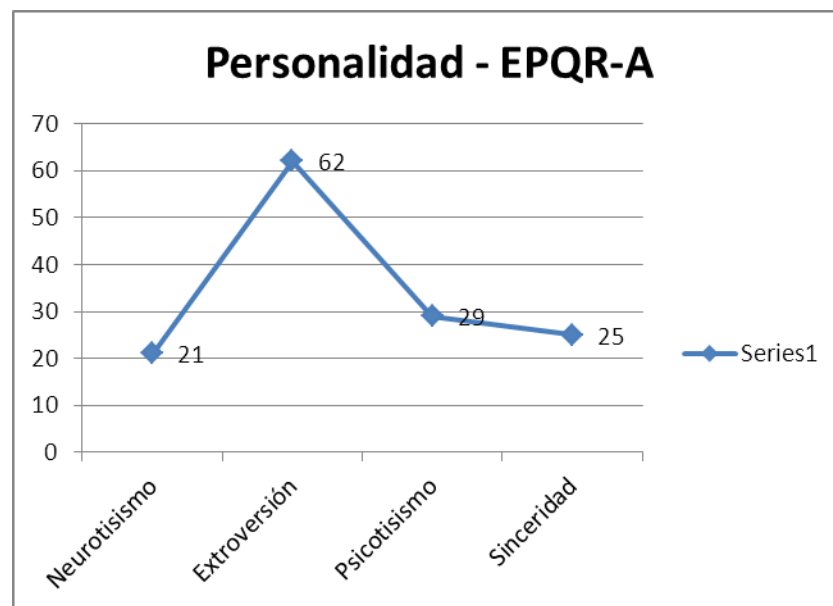
Se observa un alto grado de apoyo social ya que en la distribución del apoyo social, el ítem más alto está dado por el amor y cariño, lo que refuerza la autoestima, con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo.

5.1.6. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD - EPQR-A

TABLA 6

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	21	15,3284672
Extroversión	62	45,2554745
Psicotismo	29	21,1678832
Sinceridad	25	18,2481752
TOTAL	137	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Se observa que el rasgo de personalidad más alto es la extroversión que es un rasgo de la personalidad que se caracteriza por presentarse la persona sociable, le gustan las fiestas, tener muchos amigos, necesitan hablar con la gente y no les gusta leer ni estudiar solos, son personas que anhelan la animación y son arriesgados, actúan improvisadamente, son impulsivos, etc.

5.2. Resultados de los cuestionarios realizados a enfermeros/as

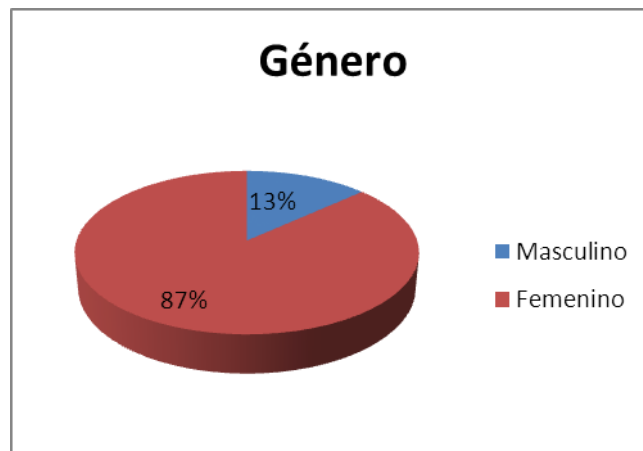
5.2.1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral

TABLA 7.1

1. Género de los enfermeros entrevistados

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	2	13,33333333
Femenino	13	86,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE EDAD:	44,2666667
--------------------------	------------

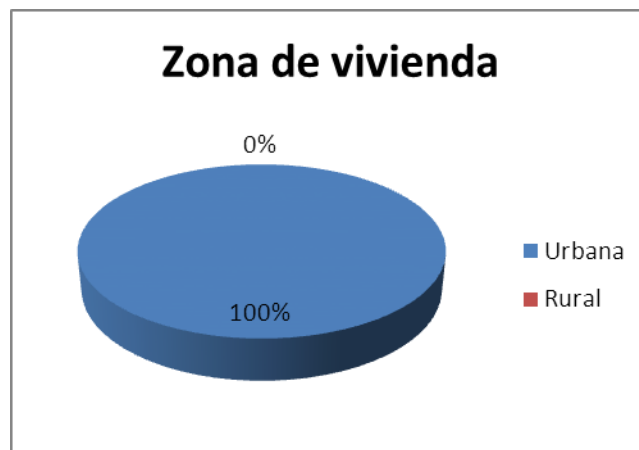
En esta tabla se puede observar que entre los enfermeros la mayoría son del sexo femenino, por lo que se observa la preferencia femenina por este tipo de profesión.

TABLA 7.2

2. Zona de Vivienda de los médicos

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



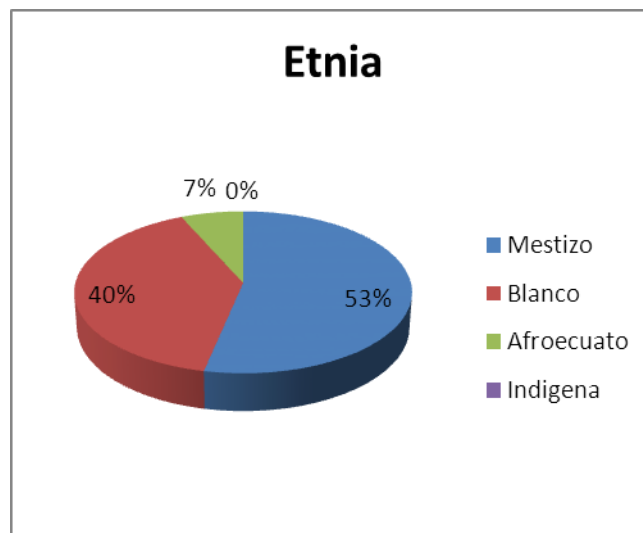
Los enfermeros tienen su vivienda en su totalidad en la zona urbana, la vivienda en zonas urbanas acrecientan la ansiedad debido a las características propias de la zona (grandes distancias, excesivo tráfico, contaminación acústica, etc.)

TABLA 7.3

3. Etnia a la que creen pertenecer los enfermeros entrevistados

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	8	53,33333333
Blanco	6	40
Afroecuato	1	6,66666667
Indigena	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



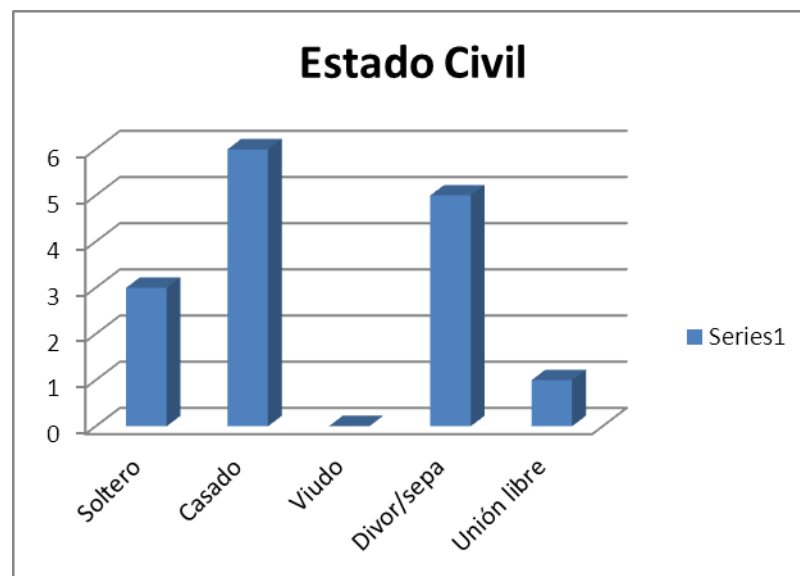
En cuanto a la etnia se observa que la raza mestiza es la que predomina en el medio poblacional, seguidos de la raza blanca y en un porcentaje mucho menor la raza afroecuatoriana, lo que se da acorde a la característica poblacional del medio.

TABLA 7.4

4. Estado civil de los enfermeros entrevistados

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	3	20
Casado	6	40
Viudo	0	0
Divor/sepa	5	33,33333333
Unión libre	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE HIJOS:	1,86666667
---------------------------	------------

La mayoría de los enfermeros son casados, siguiendo un porcentaje muy cercano de enfermeros divorciados, lo que tiene relación con la edad promedio de los enfermeros entrevistados que es de 44 años, edad en la cual las personas suelen declarar deseos de independencia emocional.

TABLA 7.5

5. ¿Viven los enfermeros solos o con otras personas?

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



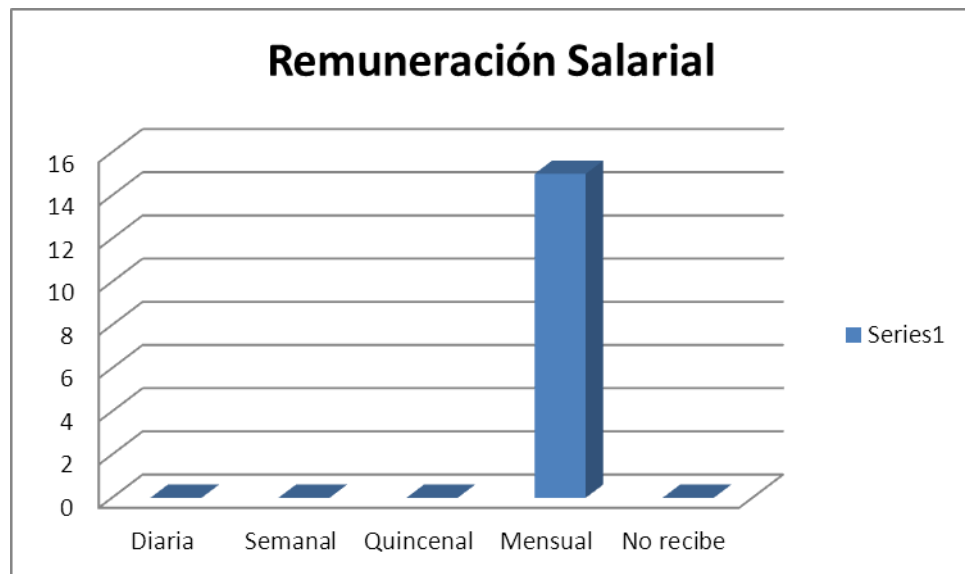
La mayoría de los enfermeros vive con otras personas y comparte su vivienda ya sea con familiares, amigos o rentan en viviendas comunitarias, porque al poseer cargas familiares, como se presento en cuadros anteriores, es necesaria la presencia de por lo menos una persona adicional de apoyo para el funcionamiento de sus hogares pocos vive solo porque son solteros o divorciados.

TABLA 7.6

6. La remuneración salarial de los enfermeros entrevistados es:

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	15	100
No recibe	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



La remuneración salarial de los enfermeros es en todos los casos, es recibida mensualmente, ya que esta es la política de pago del hospital Luis Vernaza.

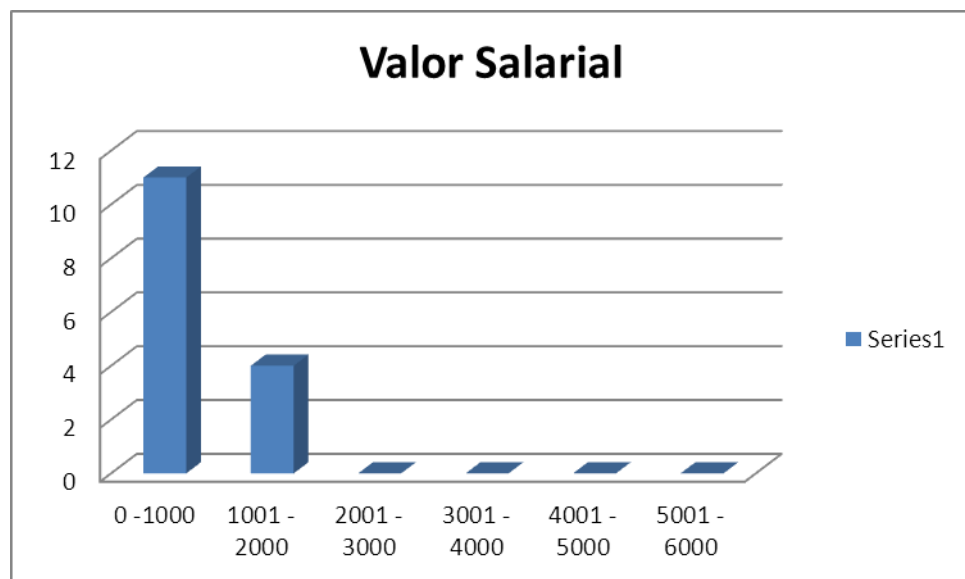
TABLA 7.7

7. El valor salarial de los enfermeros entrevistados se encuentra entre:

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	11	73,33333333
1001 -2000	4	26,66666667
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza

Elaboración: La autora



PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	17,86666667
-------------------------------------	-------------

La remuneración recibida por la mayoría de enfermeros, no se considera idónea dado que tienen aproximadamente 18 años prestando sus servicios a la institución, con el sacrificio de servicio que demanda esta profesión, una parte pequeña si recibe una remuneración buena para quienes son enfermeros y poseen dicha licenciatura.

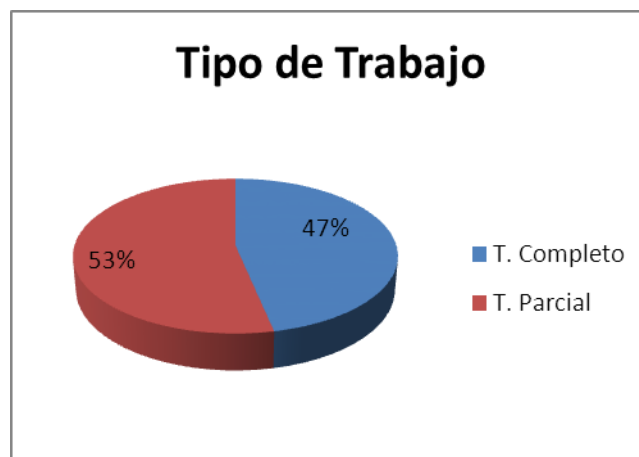
TABLA 7.8

8. El tipo de trabajo en el que se desempeñan los enfermeros es de tiempo completo o parcial.

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	7	46,6666667
T. Parcial	8	53,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza

Elaboración: La autora



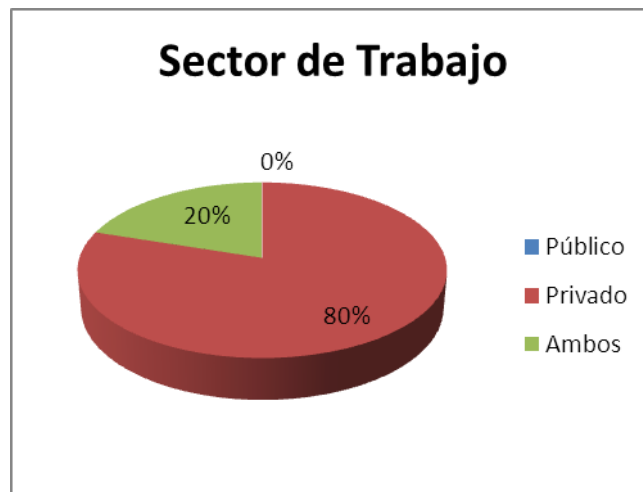
La mayoría trabaja a tiempo completo ya que la actividad de enfermero así lo requiere y un porcentaje cercano trabaja a tiempo parcial ya que cuenta con otro tipo de contratos de trabajo, como servicios prestados, ocasional o de asistencia eventual.

TABLA 7.9

9. Sector en el que trabajan de los enfermeros entrevistados.

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	0	0
Privado	12	80
Ambos	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



La mayoría trabaja en el sector privado, en el hospital Luis Vernaza, que es donde se los entrevistó siendo esta una entidad privada sin fines de lucro y un porcentaje muy bajo trabaja adicionalmente en el sector público.

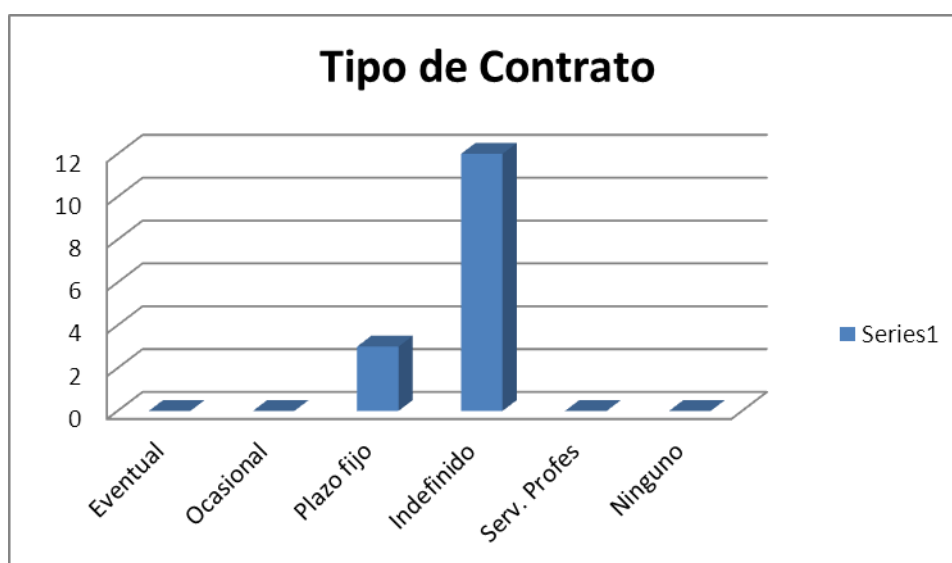
TABLA 7.10

10. Tipo de contrato de trabajo que poseen los enfermeros entrevistados

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	0	0
Plazo fijo	3	20
Indefinido	12	80
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza

Elaboración: La autora



PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,26666667
--	------------

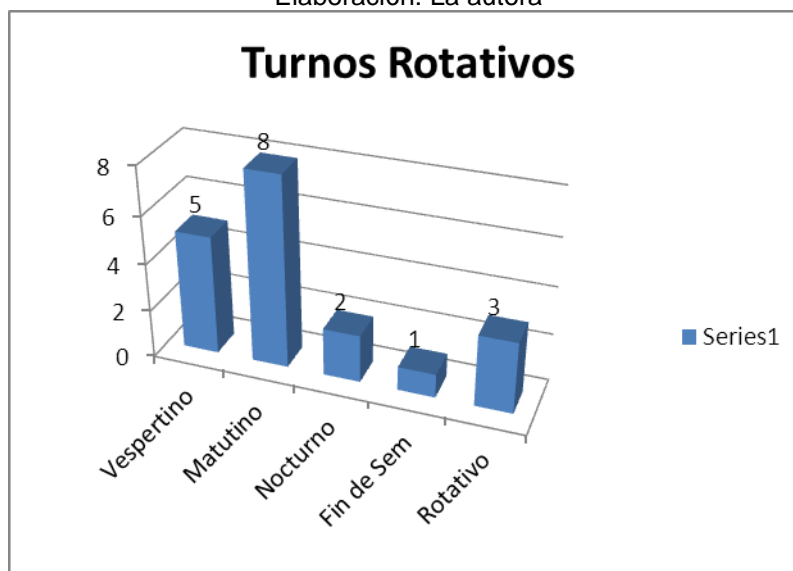
El tipo de contrato (trabajo indefinido) representa es el que posee la mayoría de los enfermeros, esto les otorga estabilidad y seguridad en su empleo; un menor porcentaje a plazo fijo, lo que les permite estar prevenidos y así saber cuándo buscar otras oportunidades de trabajo.

TABLA 7.11

11. Tipos de turnos en los que trabajan los enfermeros entrevistados.

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	5	26,3157895
Matutino	8	42,1052632
Nocturno	2	10,5263158
Fin de Sem	1	5,26315789
Rotativo	3	15,7894737
TOTAL	19	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	8,57142857
SEMANALES	46,4

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	6,8
DÍAS	0,933333333

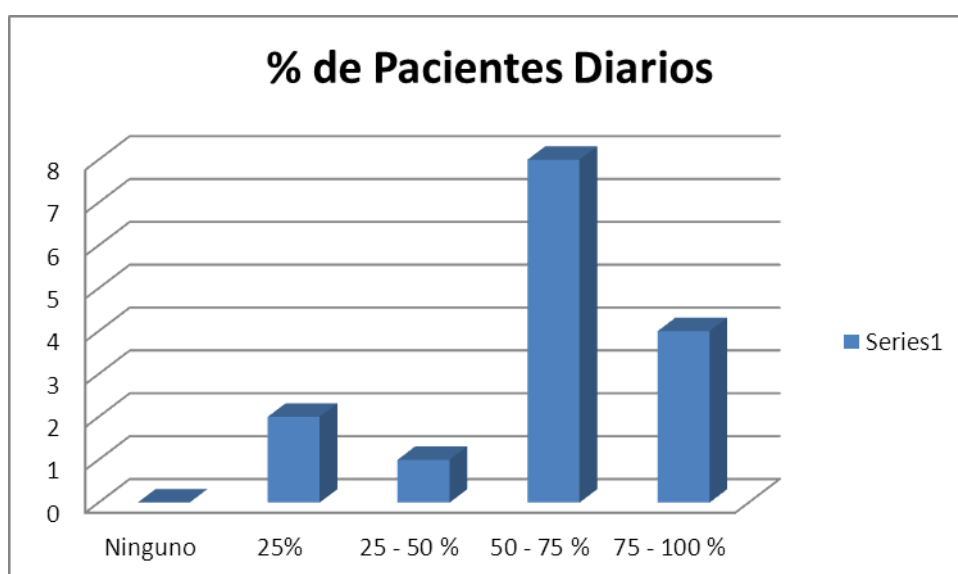
Los enfermeros trabajan principalmente turnos rotativos o en turnos matutinos con un promedio de 9 horas diarias y 46 semanales con guardias de 7 horas cada 24 horas, lo que en realidad se considera adecuado porque la cantidad de horas de guardia son aceptables para que un ser humano se desenvuelva satisfactoriamente.

TABLA 7.12

12. Durante la jornada del trabajo qué porcentaje dedica a la atención de pacientes.

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	2	13,3333333
25 - 50 %	1	6,6666667
50 - 75 %	8	53,3333333
75 - 100 %	4	26,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	12,4
-------------------------------	------

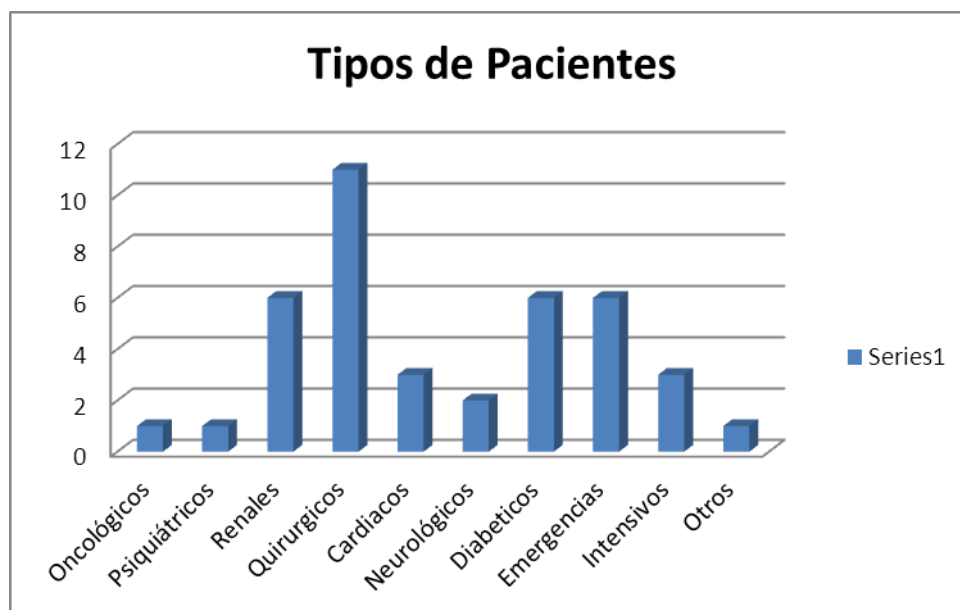
Durante la jornada de trabajo los enfermeros a la mayor parte de su tiempo a pacientes, lo que nos indica que la función de estos enfermeros es tratar en su gran mayoría directamente a los pacientes directos, mientras que, en sus horas restantes combinan esta actividad con actividades administrativas. Puede generar cierto grado de estrés.

TABLA 7.13

13. Tipos de pacientes que atienden regularmente los enfermeros entrevistados.

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	1	2,5
Psiquiátricos	1	2,5
Renales	6	15
Quirurgicos	11	27,5
Cardiacos	3	7,5
Neurológicos	2	5
Diabeticos	6	15
Emergencias	6	15
Intensivos	3	7,5
Otros	1	2,5
TOTAL	40	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



El tipo de pacientes que atienden regularmente los enfermeros entrevistados son quirúrgicos, lo cual tiene que ver directamente con el área de anestesiología donde ellos se desempeñan laboralmente, además atienden a otro tipo de pacientes que por algún diagnóstico específico requieren de servicios de anestesia.

TABLA 7.14

14. ¿Ud. atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte?

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	12	80
No	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los enfermeros en su mayoría atienden pacientes con un alto riesgo de muerte, siendo fundamental su atención porque los pacientes han requerido anestésicos ante cuadros que así lo requieren, lo que sería causa de un alto estrés en ellos.

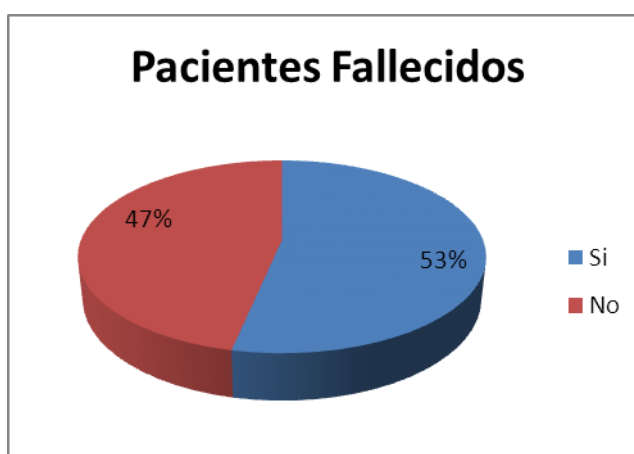
TABLA 7.15

15. En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se hayan relacionados los médicos entrevistados, han fallecido ?

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza

Elaboración: La autora



PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	1,53333333
----------------------------------	------------

En los últimos meses los enfermeros han sido relacionados con pacientes fallecidos, lo que sería causa de depresión y estrés.

TABLA 7.16

16. ¿La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo?

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	7	46,6666667
Medianamente	7	46,6666667
Poco	1	6,6666667
Nada	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



La mayor parte los enfermeros entrevistados piensa que la institución provee totalmente de los recursos necesarios para su trabajo, mientras que un porcentaje cercano cree que se los provee medianamente, lo que podría aceptarse como aceptable para poderse manejar dentro del ambiente de trabajo.

TABLA 7.17

17. Se pregunto a los enfermeros si han solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año.

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	6	40
No	9	60
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



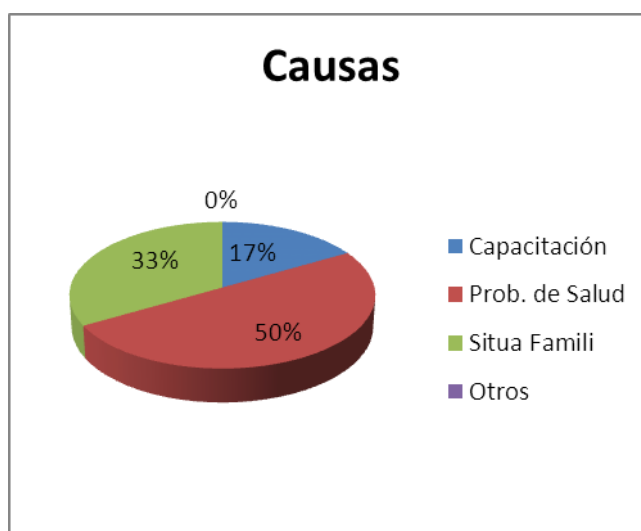
La mayoría si han solicitado permiso en la institución que labora durante el último año, por problemas de salud, pudiendo ser la causa la edad promedio de 44 años en que el ser humano ya es considerado de edad madura.

TABLA 7.18

18. La causa de los permisos solicitados por los enfermeros entrevistados fueron:

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	1	16,6666667
Prob. de Salud	3	50
Situa Famili	2	33,3333333
Otros	0	0
TOTAL	6	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	1,26666667
------------------------------------	------------

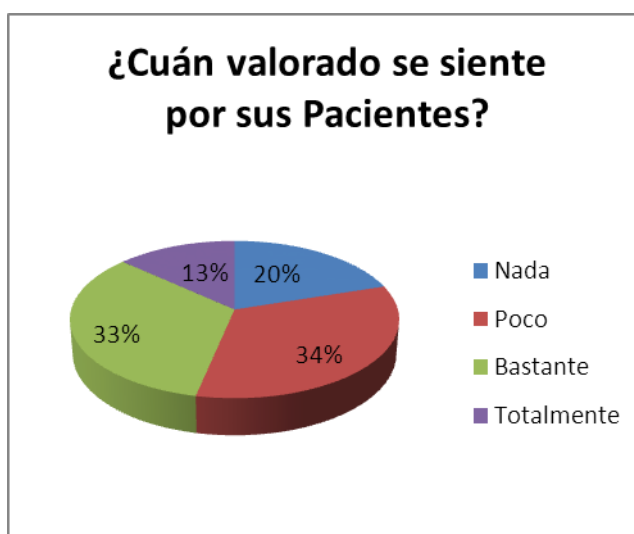
La causa de los permisos solicitados fue principalmente por problemas de salud, ya que en su mayoría son personas de edad madura.

TABLA 7.19

19. Se le pregunto a los enfermeros, ¿cuán valorados se sienten por sus pacientes?

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	3	20
Poco	5	33,3333333
Bastante	5	33,3333333
Totalmente	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



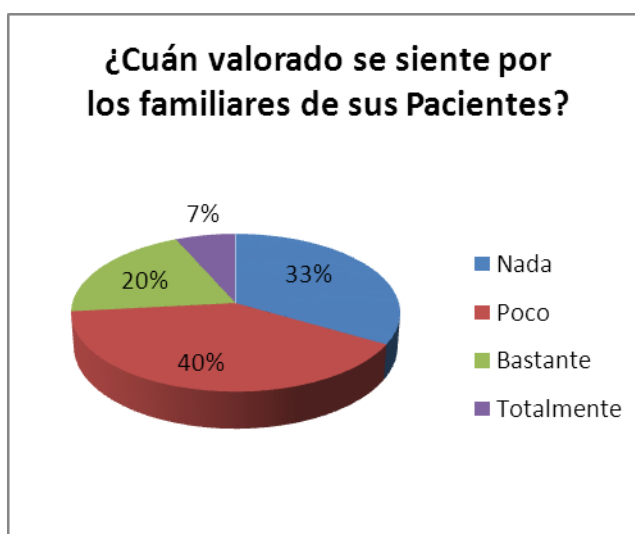
Los enfermeros se sienten valorados por sus pacientes, porque los pacientes así lo manifiestan, los que no se sienten valorados, es debido a la postura de queja y de no agradecimiento que presentan los pacientes.

TABLA 7.20

20. Se les pregunto a los enfermeros qué tan valorados se sienten por los familiares de sus pacientes.

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	5	33,33333333
Poco	6	40
Bastante	3	20
Totalmente	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los enfermeros se sienten poco valorados por los familiares de los pacientes, dado que los familiares asumen una actitud de queja y no tienen palabras de reconocimientos hacia estos enfermeros que ocupan un papel aparentemente secundario frente al rol protagónico de los médicos.

TABLA 7. 21

21. Se le preguntó a los enfermeros que tan valorados se sienten por sus colegas.

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	8	53,3333333
Bastante	5	33,3333333
Totalmente	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los enfermeros se sienten poco valorado por sus colegas, porque han recibidos feed backs negativos y despectivos de sus compañeros, según lo han expresado en conversaciones con ellos.

TABLA 7.22

22. Se le preguntó a los enfermeros que tan valorados se sienten por los directivos de la institución

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	4	26,6666667
Poco	5	33,3333333
Bastante	6	40
Totalmente	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los enfermeros se sienten valorados por los directivos lo que indicaría que han recibido un feed back positivo por parte de ellos.

TABLA 7.23

23. Se preguntó a los enfermeros si estaban satisfechos con su trabajo.

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,33333333
Bastante	6	40
Totalmente	7	46,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



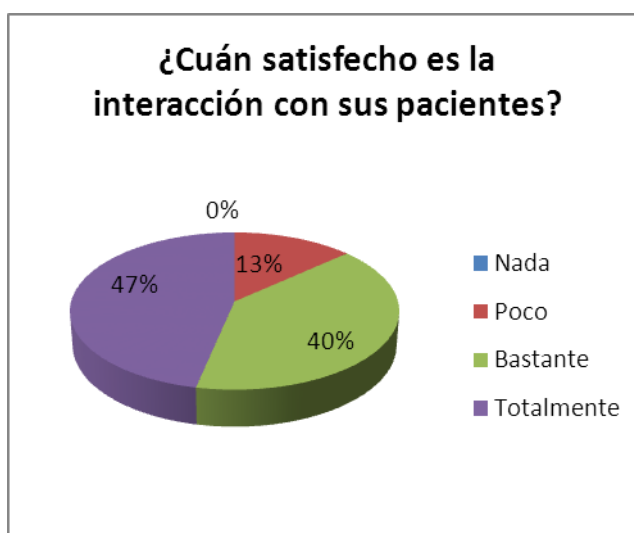
Los enfermeros se sienten en su mayoría satisfechos con su trabajo porque se sienten motivados por el servicio a los demás y un pequeño porcentaje no lo esta, porque sentirían que este trabajo no es su verdadera vocación.

TABLA 7.24

24. Se preguntó a los enfermeros cuan satisfecho se siente en la interacción con sus pacientes.

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,33333333
Bastante	6	40
Totalmente	7	46,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



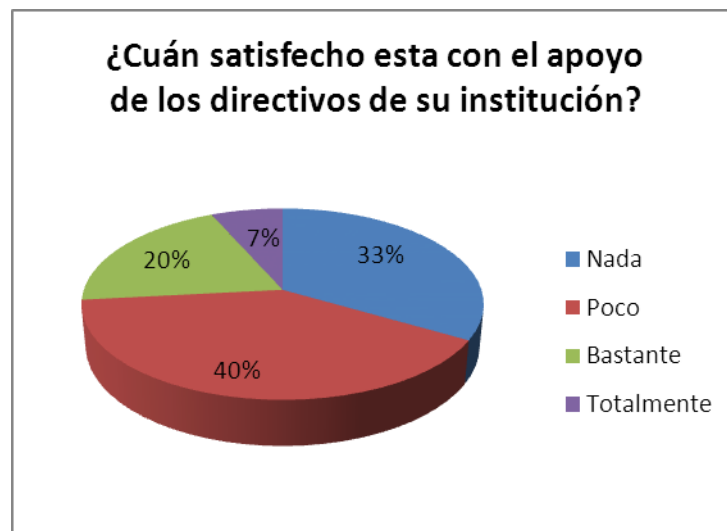
Los enfermeros objetos de este estudio se encuentran totalmente satisfechos en la interacción con sus pacientes porque la interacción es positiva con ellos.

TABLA 7. 25

25. Se le preguntó a los enfermeros si estaban satisfechos con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	5	33,33333333
Poco	6	40
Bastante	3	20
Totalmente	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



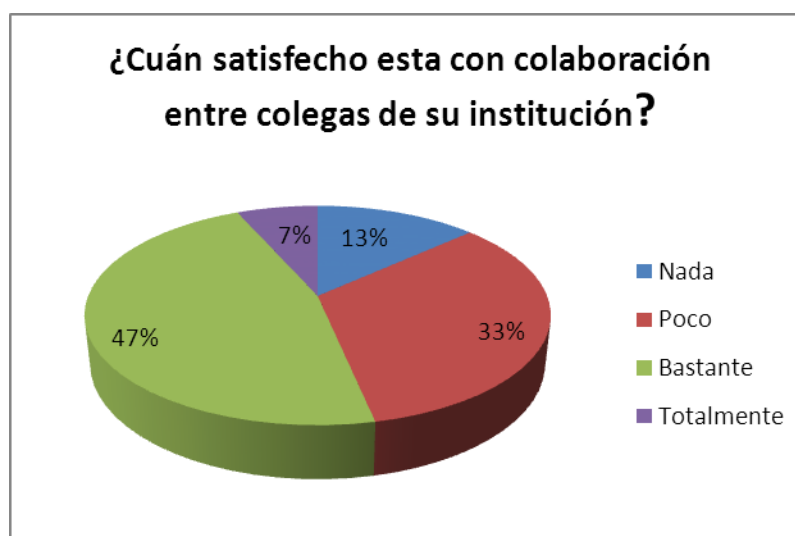
Los enfermeros se sienten poco apoyados por los directivos de la institución, porque no estarían siendo atendidos en su mayoría de requerimientos.

TABLA 7.26

26. Se le preguntó a los enfermeros si están satisfechos con la colaboración entre compañeros de trabajo

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	2	13,33333333
Poco	5	33,33333333
Bastante	7	46,66666667
Totalmente	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los enfermeros, se sienten en la mayoría de los casos, existe la predisposición a apoyarse constantemente y un bajo porcentaje siente que estaría primando el egoísmo y los intereses individuales por encima del bien común.

TABLA 7.27

27. Se preguntó a los médicos si están satisfechos con la valoración global de su experiencia profesional.

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,33333333
Bastante	7	46,66666667
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los enfermeros se sienten en su mayoría satisfechos con su valoración profesional, lo que se puede interpretar en el presente cuadro, que la mayoría de los enfermeros se están desempeñando en donde es su verdadera vocación profesional.

TABLA 7.28

28. Se les preguntó a los enfermeros si están satisfechos con su situación económica.

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	2	13,33333333
Poco	6	40
Bastante	5	33,33333333
Totalmente	2	13,33333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los enfermeros sienten que no son remunerados de manera justa, ya que la remuneración recibida no va acorde a la carga de responsabilidad laboral que ellos tienen.

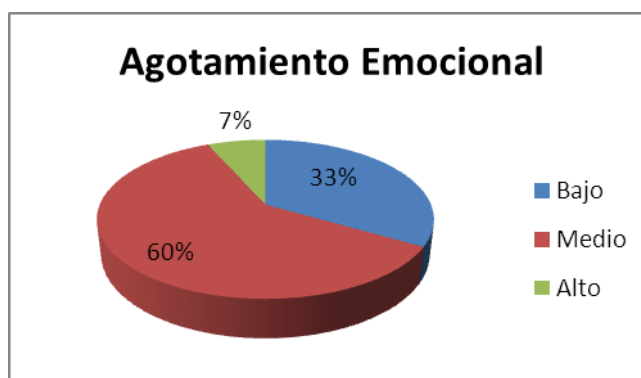
CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT)

TABLA 8.1

1. El agotamiento emocional presente en los enfermeros entrevistados fue:

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	5	33,33333333
Medio	9	60
Alto	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



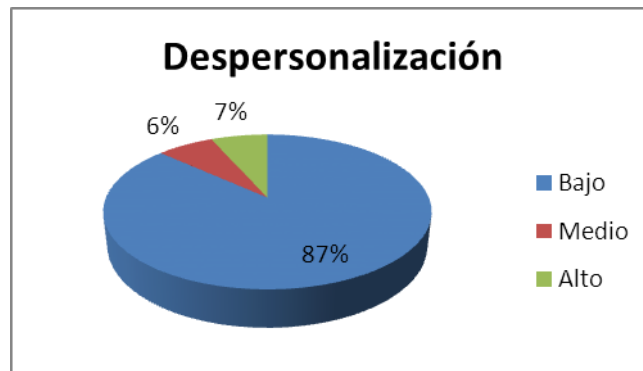
La mayoría presenta un nivel de agotamiento emocional medio, es decir que algunas veces se sienten tensionados y frustrados debido al trabajo, 4 no tendrían agotamiento emocional, o sea que su trabajo no les produce gran preocupación ni tensión y un enfermero lo tendría alto, lo que se reflejaría en pérdida de las energías vitales y quejándose siempre por la cantidad de trabajo-.

TABLA 8.2

2. La despersonalización presente en los enfermeros entrevistados fue:

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	13	86,6666667
Medio	1	6,6666667
Alto	1	6,6666667
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



La despersonalización se presenta baja en su mayoría, es decir que los enfermeros presentan actitudes positivas hacia los demás ya que su trabajo les resulta bastante motivador, un enfermero la presenta media, es decir que en ciertas ocasiones se distancia y uno la presenta alta por lo que se distancia y tiene actitudes y respuestas negativas hacia los demás además de poca motivación al trabajo.

TABLA 8.3

3. La realización personal presente en los enfermeros entrevistados fue:

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



Los enfermeros presentan una alta realización personal., lo que nos indicaría que los enfermeros sienten que a través del trabajo han logrado conseguir sentirse realizados y los desempeñan cada vez mejor y con mucha vitalidad.

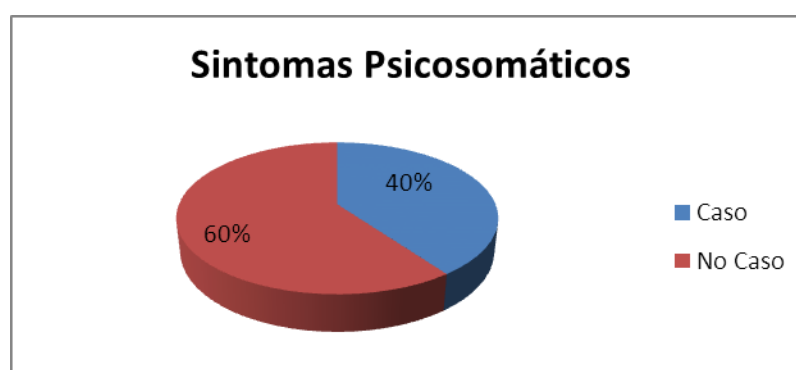
5.2.2. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

TABLA 9.1

1. Porcentajes de enfermeros entrevistados que presentan síntomas psicossomáticos.

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



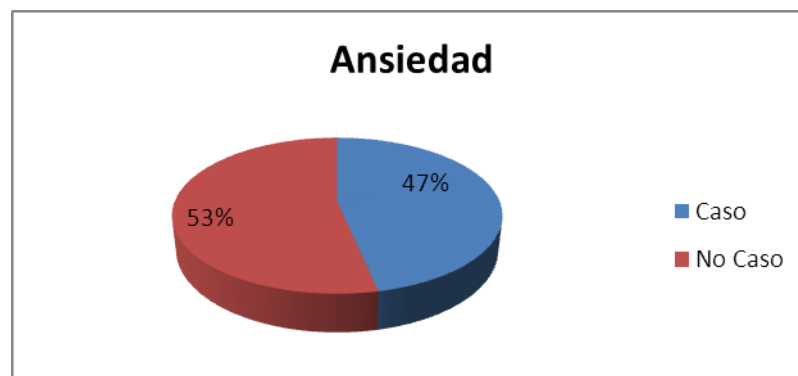
La mayoría de los enfermeros entrevistados no presentan síntomas psicossomáticos, pero 6 enfermeros sí los presentaron, por lo que podrían presentar dolores de cabeza, cansancios, escalofríos, etc. y pueden ser causados por varios factores como el estrés, depresión y otros: es necesario que en primer lugar se descarte una infección biológica.

TABLA 9.2

2. Porcentajes de enfermeros que presentan ansiedad.

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	7	46,6666667
No Caso	8	53,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



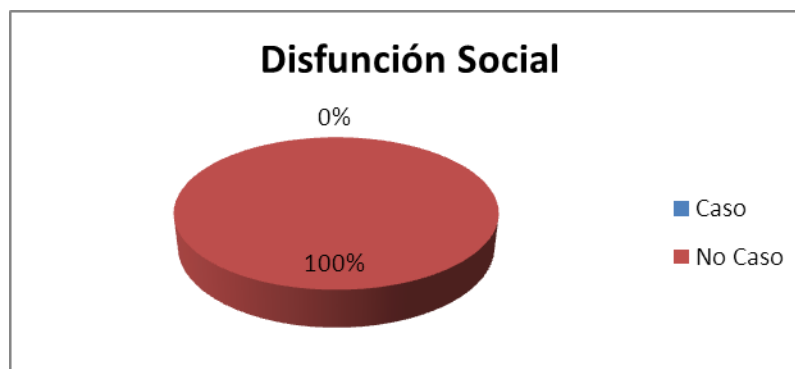
La mayoría de los enfermeros entrevistados no presentan síntomas de ansiedad, pero en un porcentaje cercano, estos son siete enfermeros, si lo poseen, por lo que estarían presentando dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad.

TABLA 9.3

3. Porcentajes de enfermeros entrevistados que presentan disfunción social

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



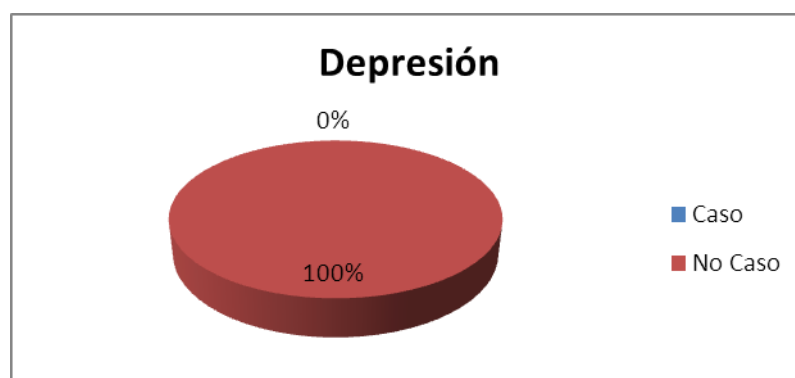
Los enfermeros no presentan disfunción social en su actividad diaria.

TABLA 9.4

4. Porcentaje de enfermeros entrevistados que presentan depresión

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

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



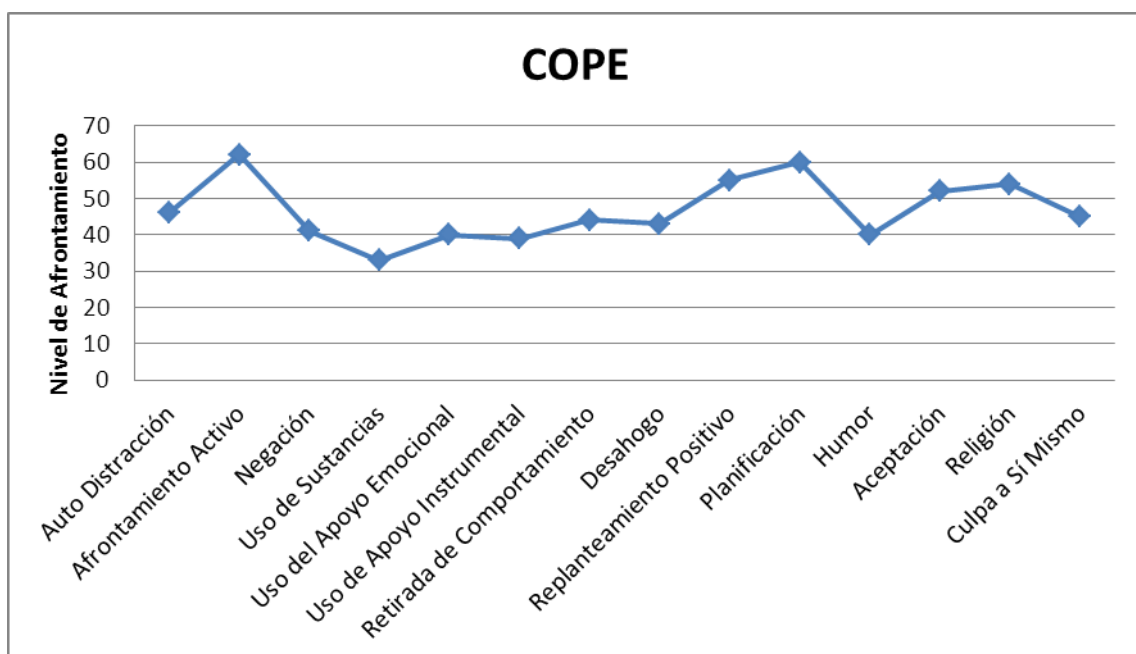
Los enfermos no presentan depresión, ya que no muestran los síntomas habituales de la depresión como son: estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

5.2.3. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF - COPE)

TABLA 10

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	46
Afrontamiento Activo	62
Negación	41
Uso de Sustancias	33
Uso del Apoyo Emocional	40
Uso de Apoyo Instrumental	39
Retirada de Comportamiento	44
Desahogo	43
Replanteamiento Positivo	55
Planificación	60
Humor	40
Aceptación	52
Religión	54
Culpa a Sí Mismo	45

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



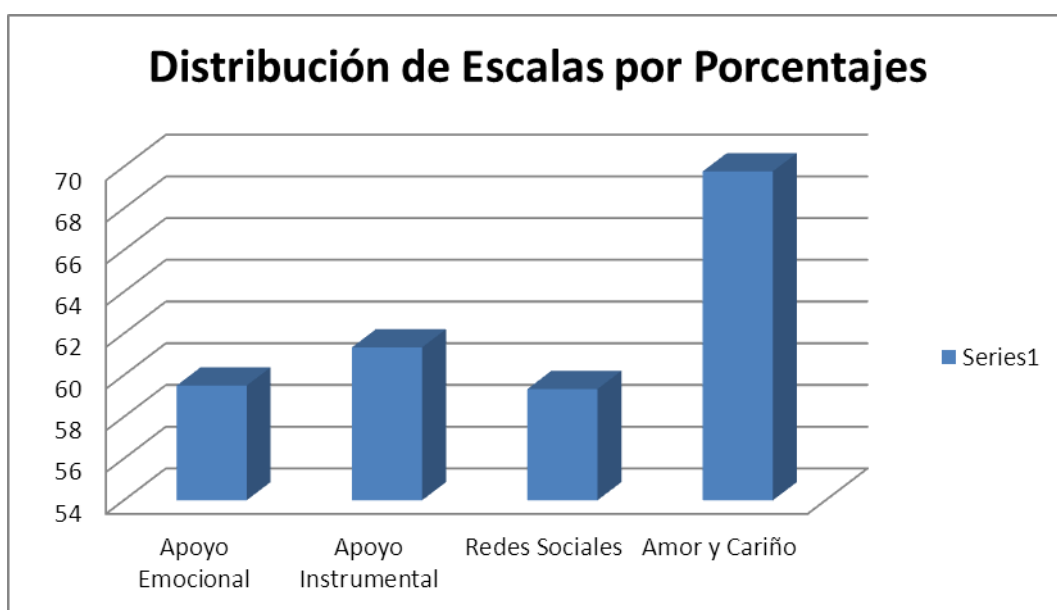
El afrontamiento en los enfermeros es positivo ya que los puntos más altos se observan en afrontamiento activo, planificación, replanteamiento positivo y en la religión.

5.2.4. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

TABLA 11

Apoyo Social		AP por %	
Apoyo Emocional	892,5	Apoyo Emocional	59,5
Apoyo Instrumental	920	Apoyo Instrumental	61,3333333
Redes Sociales	890	Redes Sociales	59,3333333
Amor y Cariño	1046,66667	Amor y Cariño	69,7777778

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



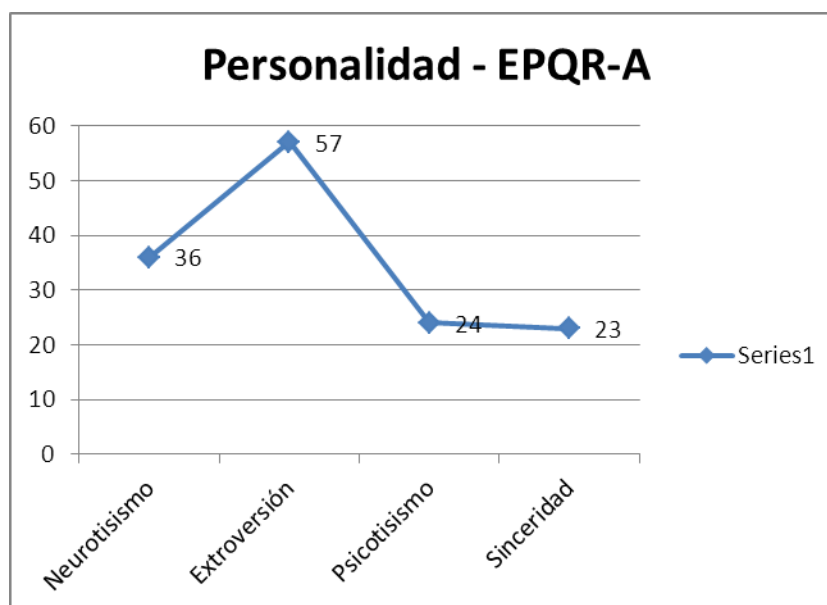
Se observa un alto apoyo social, dado que el ítem amor y cariño está en un rango elevado, este ítem refuerza la autoestima, con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo.

5.2.5. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD - EPQR-A

TABLA 12

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	36	25,7142857
Extroversión	57	40,7142857
Psicotismo	24	17,1428571
Sinceridad	23	16,4285714
TOTAL	140	100

Fuente: Hospital Luis Vernaza
Elaboración: La autora



El rasgo más alto en la personalidad de los enfermeros entrevistados es la extroversión, que es un rasgo de la personalidad que se caracteriza por la concentración del interés en un objeto externo. Los extrovertidos se interesan por el mundo exterior de la gente y de las cosas, tratan de ser más sociables y de estar más al tanto de lo que pasa en su entorno.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Dada la realidad en que se desenvuelve en la actualidad la profesión médica y de la salud, conviene involucrarse en la investigación de la incidencia de factores que provocan estados que merman el rendimiento laboral, tales como el burnout, como una evidencia de cómo afrontan los profesionales las nuevas exigencias sociales desde la organización de las instituciones hasta el desempeño que tienen en sus ámbitos de trabajos, es de interés saber cuál es la prevalencia para lo cual nos hemos valido de los respectivos instrumentos de medición.

La población investigada pertenece al Hospital Luis Vernaza, que es el centro más grande de atención médica general sin fines de lucro del Ecuador, y a pesar de no ser estatal, abre sus puertas a todos quienes lo necesiten. Aquí, profesionales en las distintas especialidades médicas y quirúrgicas atienden a personas de todas las regiones del Ecuador. La diversidad de su equipo moderno para diagnóstico y tratamiento de los pacientes, los hace únicos en muchos aspectos. Cuentan con valiosas herramientas de diagnóstico como MRI, CT Scan, eco Doppler a color, ecocardiógrafos y otras.

Los resultados obtenidos con respecto a los profesionales de la salud, arrojaron que en su generalidad ellos no presentaron los síntomas de burnout, ya que no presentaron los aspectos negativos que indicarían esta incidencia; esto se daría gracias al afrontamiento con que la mayoría de los médicos se maneja en sus actividades laborales, este afrontamiento está definido como el esfuerzo, tanto cognitivo como conductual que hace el individuo para hacer frente al estrés, para manejar las demandas tanto externas como internas y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona, procesos que entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente; el organismo se activa de muy distintas maneras, según la persona trate de controlar la situación, las conductas motoras realizadas para hacer frente a una situación estresante son conductas específicas para una situación concreta o conductas más generales para una amplia gama de situaciones, dependiendo de qué conductas se han aprendido en ocasiones anteriores, en este caso los instrumentos arrojaron que son: la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y la planificación, lo que permitió que estos médicos no desarrollen burnout, por otra parte los profesionales que se encuentra al límite, es decir no posee burnout, pero están próximo a desarrollarlo afrontan sus situaciones

culpándose mucho a sí mismos, teniendo la tendencia a negar las situaciones estresantes o problemas, no se aceptan, su salud se encuentra afectada por presentar síntomas psicósomáticos, es decir presentan síntomas físicos; pero debe descartarse que no sean por problemas de salud; problemas de ansiedad, que impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales y; presenta depresión, produciéndose quietud, disminución o lentificación de los movimientos y una tristeza profunda y finalmente los profesionales que presentaron los síntomas del burnout tienen un alto nivel de agotamiento emocional y un nivel medio de despersonalización que lo califica con presencia del mismo, lo que podría deberse a que, su manera de afrontamiento es negativa porque se culpan a sí mismos por las situaciones estresantes evidenciando una desconexión conductual, o sea presenta tendencia a abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar las situaciones que le causan estrés, aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que su problema interferiría, el instrumento que nos indica su estado de salud nos da como resultado que estos profesionales padecen de síntomas psicósomáticos ocasionados por el estrés, y agravados por la presencia de ansiedad y depresión, que les provocan dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad, tristeza profunda; su apoyo social es el más bajo, en comparación con el de los demás profesionales evaluados y siendo este apoyo el que proporciona al individuo un estado positivo que se proyecta en todas las facetas de la vida tanto en el ámbito laboral como familiar y en general en la integración social, su carencia es un factor determinante para que estos profesionales haya desarrollado el síndrome, más aún porque dentro de este bajo apoyo social lo más bajo es el ítem de amor y cariño, el cual al ser una necesidad primaria, pues el afecto es imprescindible para la supervivencia de los seres humanos, tal necesidad no puede sustituirse por ningún otro tipo de recurso.

En cuanto al agotamiento emocional, la mayoría de los profesionales lo presentaron bajo, es decir que no han perdido sus recursos emocionales, lo que indicaría que su trabajo no les produce tensión ni frustración, esto debería en gran parte a que estos profesionales cuentan con un alto apoyo social, siendo este uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estrés; los profesionales que presentaron un nivel medio de agotamiento emocional, poseen un bajo apoyo social con muy bajo porcentaje de amor y cariño, estos profesionales algunas veces se sienten tensionados y frustrados frente al trabajo que realizan; por otro lado, quienes presentan un alto agotamiento emocional, este profesional, son los que más bajo

apoyo social presenta de todo el grupo de profesionales evaluados, siendo su ausencia en sí misma una fuente de estrés o un factor que contribuye a deteriorar la salud, situación que fue confirmada en el resultado del cuestionario de salud general, donde se reafirmo que estos profesionales presentan síntomas psicósomáticos que corresponden a dolores de cabeza, cansancio, escalofríos, etc., esto tiene relaciones significativas con la depresión, por lo que ellos estaría presentando una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado, se presentaría irritable, quejándose contantemente por la cantidad de trabajo realizado y perdiendo la capacidad de disfrutar las tareas.

En lo que respecta a la despersonalización, la mayor parte de los profesionales la presentan baja, lo que indicaría que estos profesionales presentan actitudes positivas hacia los demás, pues su trabajo les resulta bastante motivador y como ya explicamos anteriormente es gracias al afrontamiento positivo que ellos practican unido al buen apoyo social lo que les permite tener una baja despersonalización, quienes presentan una despersonalización media, son aquellos profesionales, que únicamente en ocasiones cuando el trabajo se torna muy fuerte, se comportan un poco distantes con los demás, pero normalmente si presentan buena atención a los pacientes, esto se debería a que estos profesionales, presentan síntomas psicósomáticos y ansiedad debido a su manera de afrontamiento al estrés, culpándose a sí mismos por su situación estresante y no practican la autodistracción, ni el afrontamiento activo, como una manera de evitar el estrés. Dado que la despersonalización es una alteración de la percepción que hace que una persona pierda en forma temporal, el sentido de su propia realidad y a menudo hay una sensación de ser un observador externo de la propia conducta (Barlow y Duran 2001), los profesionales que presentaron una alta despersonalización, evidencian distanciamiento, con cambios negativos en sus actitudes hacia los demás, irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo, sintiéndose como que la vida no es parte de ellos , es decir observando todo como una película o un sueño, desconectándose de su ambiente, por lo que probablemente estos profesionales, tendrán dificultades para relacionarse consigo mismo y con la realidad, esto se debe a que estos profesionales afrontan el estrés con una baja distracción, bajo afrontamiento activo, no reinterpreta positivamente, no se desahoga, carece de humor y no cuenta con apoyo emocional, todo lo cual ha sido determinante para que la despersonalización se dé en este profesional, desde la perspectiva de Gil-Monte y Peiró (1997), se plantea que las estrategias de afrontamiento constituyen los

esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que realiza una persona para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por transacciones estresantes. Por su parte, se asume la distinción que realizan Carver, Sheier y Wientraub (1989) para el afrontamiento, distinguiendo un afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y evitación al afrontamiento. El primero referido a la resolución del problema o “hacer algo” para cambiar el curso de la situación estresante, el segundo consiste en reducir o manejar el estrés emocional causado por la situación y la evitación, referida a las conductas de evasión del problema. Cfr: Quaz Cecilia , 2006.

En cuanto a la realización personal, los profesionales la presentaron alta, lo que indicaría que se sienten muy satisfechos con el trabajo realizado, además sienten ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad, dándose una contradicción porque existen algunos datos en los cuales los médicos no se sienten satisfechos, como son en lo económico, el apoyo institucional, el apoyo a directivos, el reconocimiento de pacientes y familiares de los mismos, etc. y sin embargo no demuestran que no estén realizados personalmente, esto podría deberse a que los médicos temían ser evaluados, porque junto a los instrumentos debían llenar sus datos y no observaban el sigilo para sentirse cómodos al responder este ítem, ya que, temen perder sus puestos de empleo al decir que no se sentían realizados personalmente, ya que, al tratarse de una institución privada, les da temor que se les diga si no se siente bien en su trabajo, puede retirarse porque otros muchos médicos estarían tras su puesto laboral, esto implicaría que los resultados de esta investigación nos arrojen una contradicción que pudieran causar que las conclusiones no sean totalmente fidedignas en lo que a determinar la presencia del síndrome de burnout en los profesionales, ya que para determinarlo, era la satisfacción personal uno de los tres factores determinantes para evaluar la presencia del mismo.

Los profesionales al borde del burnout o con la presencia del mismo, son en su mayoría del género femenino, lo que va acorde a la literatura especializada que dice que las mujeres son mas propensas al estrés, los estudios indican que por regla general, las mujeres puntúan ligeramente más alto en agotamiento emocional, mientras que los hombres lo hacen en despersonalización (Greenglass y Burke, 1988; Hakanen, 1999), lo que se evidencia por el estereotipo asignado al sexo, que nos enseña que los hombres sostienen actitudes instrumentales, mientras que las mujeres son más sensibles emocionalmente (Chatterjee y McCarrey, 1991; López, 1995).

Incluso parece que la mujeres tienden a mostrar emociones y problemas de salud más fácilmente (Ogus, Greenglass, y Burke, 1990), acentuando aún más las diferencia el hecho de que las mujeres poseen responsabilidades adicionales, dado que trabajan en casa y experimentan una sobrecarga de trabajo mayor que los hombres (O'Driscoll, 1996). Esta sobrecarga se relaciona positivamente con el agotamiento emocional (Schaufeli y Enzmann, 1998).

Los profesionales que padecen de burnout, al vivir en la zona urbana presentan un factor adicional de estrés por las grandes que distancias que se manejan en la ciudad, el caos vehicular, por lo que les llevaría más tiempo llegar a su trabajo, además en la ciudad existe una gran contaminación visual que crea una sobreestimulación en el ser humano mediante la información indiscriminada, y los múltiples mensajes que invaden la mirada. Así el hombre percibe un ambiente caótico y de confusión que lo excita y estimula, provocándole una ansiedad momentánea mientras dura el estímulo.

Los altos decibeles auditivos son otro factor determinante de estrés en las personas, ya que, ocasionan pérdida de audición que puede estar causada por exposiciones cortas a sonidos muy intensos (140 dB) o por exposiciones prolongadas a ruidos de más de 85 dB, todo lo que redundo en: anomalías en la atención, alteraciones del sueño: insomnio, etc., ocasionando que el profesional una mayor fatiga y un peor rendimiento de las personas en sus actividades laborales., aumento de la irritabilidad o agresividad de las personas expuestas, también, dolor de cabeza, aumento de accidentes laborales en entornos ruidosos, debido a la disminución de la atención, además, estudios modernos han detectado que las personas expuestas a ruidos intensos y prolongados se muestran, en general, menos dispuestas a ayudar a los demás. Cfr: Aguilar Angeletti Ana, Gutiérrez Vásquez Ramiro , 2007

En cuanto al salario que perciben estos profesionales, se considera bajo tomando en cuenta que tienen entre 9 y 25 años de servicios, y esta cantidad de tiempo debiera redundar en una mejor remuneración, lo que les provoca frustración y ansiedad en las personas. Estos profesionales tratan la mayor parte del tiempo directamente con pacientes quirúrgicos y con riesgos de muerte, lo que es motivo de ansiedad, siendo estos profesionales, dentro del grupo evaluado, quienes presentaron, el más alto número de pacientes fallecidos, lo que los afecta profundamente pues, ven en los pacientes los que otros no ven, esto es la muerte el paciente más evidentemente que

la propia familia, lo que les crea una sensación de soledad y escepticismo , al principio el médico joven mira las cosas como si no tuvieran que ver con él, pero al pasar los años, empiezan a verse preocupados, empezando a desarrollar ansiedades, por eso se dice que los médicos y enfermeras terminan convirtiéndose en pacientes, siendo su principal mecanismo de defensa la desconexión afectiva y el distanciamiento emocional. Cfr: Gonzales Correales Ramón, De la Gandara Martín Jesús, 2004.

Estos profesionales trabajan en turnos lo que se relaciona con cronopatologías laborales que afecta mucho a los profesionales de la salud por el desfase en la actividad laboral en horarios no convencionales, donde las actividades fisiológicas son llevadas normalmente en turnos diurnos, comprometiendo las horas de sueño, esto causa que los médicos y enfermeras no logren realmente un sueño reparador, necesarios para mitigar la fatiga física y psíquica produciéndose consecuencias psicopatológicas, que producirían trastornos del sueño e incluso de la conducta.

El máximo de rendimiento del sistema nervioso, de los músculos del corazón y de los pulmones se sitúa hacia la mitad de la jornada, mientras que otras variables biológicas como la secreción de las glándulas endocrinas que permiten la preparación hormonal de la actividad muscular y nerviosa tienen su máximo a mitad de la noche o a la mañana antes del despertar (Reinberg 1982).

Poner a trabajar el cuerpo en horario nocturno, significa a la persona el doble de esfuerzo para mantener su actividad y de un reposo compensatorio situado en un periodo de activación, alterando el ritmo circadiano, generando conflictos y consecuencias nocivas, originándose un conflicto entre los sincronizadores ecológicos, los sincronizadores familiares y los sincronizadores profesionales. La ejecución del trabajo es más costosa durante la noche. Las restricciones del medio ambiente no tienen las mismas consecuencias sobre el organismo de día y de noche. Cfr: Jacques CURIE , 1985.

El sistema inmunológico se ve afectado por efectuar trabajos en horarios nocturnos ya que, los estudios cronoinmunológicos demuestran la existencia de un ritmo circadiano en las actividades de las células linfoides responsables de la protección contra las infecciones virales. El nivel de riesgo no es el mismo de día que de noche para condiciones ambientales idénticas (Reinberg, 1983). Estudios suecos (Akerstedt, Froberg, Levi, Zamore, 1977) demostraron que los resultados obtenidos durante el

trabajo nocturno son comparables a los que siguen a una privación de sueño: es casi tan nefasto trabajar de noche como trabajar durante la jornada sin haber dormido nada.

La capacidad de trabajo de un trabajador por turnos se modifica por la noche por causa de: la falta de respeto de sus ritmos biológicos, falta de recuperación suficiente que brinda el sueño de día y de las exigencias propias de la ejecución del trabajo.

Adicionalmente, según los resultados obtenidos en el cuestionario sociodemográfico, los profesionales se sentirían lastimados en su autoestima, ya que el ser humano no solo necesita sentirse satisfecho con su trabajo sino que, requiere del reconocimiento de aquellos a quienes se presta sus servicios.

En los profesionales que presentan altos niveles burnout y que están al límite de contraerlo, la comorbilidad presente es: la presencia de síntomas psicósomáticos como son: dolores de cabeza, cansancios, escalofríos, etc., que pueden ser causados por varios factores como estrés, depresión entre otros, es necesario que primeramente se descarte una enfermedad biológica; la presencia de ansiedad, que se evidencia por dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad y Depresión, con síntomas que van desde el insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza e incluso deseos de quitarse la vida, esto provoca que los médicos se enfermen lo que influiría de manera dramática en su trabajo, es muy mal visto por la gente que un médico se enferme en su salud mental, más aún porque no existen programas de prevención, detección, tratamiento y rehabilitación, todo esto puede desencadenar en mala práctica médica (Ramos Trigo T, Tung Teng C, Hallak JE), en nuestro medio se agudiza esta situación por los bajos sueldos con que las instituciones de salud remuneran a los profesionales de salud y por la carga horaria y de turnos a la que los exponen

El apoyo social, no está presente en estos profesionales que presentan el síndrome, y es el apoyo social el que actúa como un mecanismo protector ante los síntomas del burnout, lo que se puede apreciar en la literatura especializada del tema, el apoyo social desempeña un papel importante en la salud y bienestar de las personas, es decir que cuando no se carece de éste y el que se recibe es adecuado, se mejoran los niveles de salud o se mantienen estables; a su vez un buen estado de salud facilita el mantener un apoyo social adecuado, la evidencia empírica y los resultados de este

estudio, sugieren que definitivamente el apoyo social puede reducir el estrés laboral, porque es lo que si se presento en los profesionales que no desarrollaron burnout.

Los factores externos dejan de ser influyentes cuando, los comportamientos responden mas bien a una estructura de la personalidad (Tablas 6 y 12), factor que podemos confirmar en la presencia de altos niveles de burnout de una de las enfermeras investigadas cuyos métodos de afrontamiento no serían los adecuados (Tablas 4 y 8).

El equivocado afrontamiento (afrontamiento negativo) utilizado por los profesionales que padece de burnout y están al límite de contraerlo contrasta con el tipo de afrontamiento (afrontamiento positivo) (Tablas 4 y 8) que presentan quienes no padecen de altos niveles de burnout, lo que reconfirmaría que la forma cómo se enfrenta el estrés es determinante para el desarrollo de los síntomas de burnout .

Los rasgos de personalidad de quienes presentaron altos niveles de burnout o que están al límite de adquirirlo, (Tablas 2 y 8) corresponden a la personalidad del neuroticismo y a la extraversión (tablas 6 y 12). Los rasgos de neuroticismo en una persona la muestran como: ansiosa, preocupada, con tendencia a cambios de humor bruscos y frecuentemente se siente deprimida. Probablemente duerme mal y sufre de varios trastornos psicosomáticos. Son personas muy emotivas, reaccionan de forma excesiva a todo tipo de estímulos y encuentra dificultades para volver a su nivel emocional normal después de cada experiencia activadora a su nivel emotivo, sus fuertes reacciones emocionales interfieren la realización de conductas apropiadas y le hacen actuar de forma irracional y, a veces rígida, se puede describir a esta persona como aprensiva, su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podrían ir mal y una fuerte reacción de ansiedad a estos pensamientos. La personalidad extravertida presenta a las personas como seres sociables, les gustan las fiestas, tienen muchos amigos, necesitan hablar con la gente, no les gusta leer o estudiar solos, anhelan la animación, son arriesgadas, actúan improvisadamente y generalmente son personas impulsivas. Aficionadas a las bromas, siempre con una respuesta a punto y generalmente les gustan los cambios, despreocupadas, condescendientes, optimista y gusto por reír y divertirse. Prefieren permanecer ocupadas tiende a ser agresiva y a perder los nervios rápidamente.

Con lo anteriormente expuesto y comparando las Tabla No 2 y 4 con la Tabla No 6 y 12, podemos concluir que las personalidades de Neuroticismo y extraversión son las que mayor tendencia tienen a desarrollar el síndrome de burnout, confirmando la teoría de Han Eysenck que indica que el neuroticismo es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicosomática. Estas personas suelen tener una percepción sesgada hacia acontecimientos negativos que les permitan continuar con sus preocupaciones y pensamientos negativos, por su lado la extraversión Alguien que es extravertido, decía Eysenck, tiene una buena y fuerte inhibición: cuando se le enfrenta a una estimulación traumática, el cerebro del extravertido se inhibe, lo que significa que se vuelve “insensible”, podríamos decir, al trauma y por tanto recordará muy poco de lo que ha ocurrido, el extravertido podría decir que es como si hubiese “borrado” la escena y le pediría a otros que le recordasen la escena, por lo que puede estar trabajando como si nada al día siguiente.

En la institución investigada no se presentan en realidad altos niveles de burnout y esto se debe principalmente a que los directivos apoyan a los profesionales dotándolos con equipos de primera y de la infraestructura adecuada que ellos necesitan para poder desarrollar su trabajo de la mejor manera y que puedan demostrar que son profesionales son capacitados, aunque algunos se quejen, parte de nuestra idiosincrasia.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- En la identificación del burnout en personal de instituciones sanitarias, obtuvimos que el agotamiento emocional y la despersonalización fueron primordialmente bajos, tanto en médicos como en enfermeras y, la realización personal fue alta, por lo que se concluye que no existen niveles de burnout en el personal de médicos y enfermeros que laboran en el pabellón Valdez, en el área de Anestesiología del Hospital Luis Vernaza, perteneciente a la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil.
- En la identificación de las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud, lo que más destaca es que el género masculino prevalece en el caso de los médicos, y el de mujeres en el caso de enfermeros, por lo que se concluye que aún se puede observar en nuestra sociedad que existen los paradigmas de que ciertas profesiones son para hombres y otras para mujeres.
- La fuerte carga horaria de horas semanales, las pocas horas de sueño, sumadas a la edad y años de servicio, pueden ser determinantes de la presencia de altos niveles del síndrome pues a mayor edad suele presentarse una mayor despersonalización y un mayor cansancio emocional, el hecho de que los médicos tengan que enfrentar diariamente la posibilidad de muerte en los pacientes, viendo manifestaciones de la enfermedad, el deterioro y el dolor, son agentes que propician la aparición de síntoma del burnout.
- En cuanto a determinar el estado actual de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias tenemos que en general, estos profesionales no presentan síntomas psicossomáticos, ni ansiedad, ni disfunción social, ni depresión; pero los que están al límite o padecen de esto, si se han afectado su salud porque presentan síntomas psicossomáticos, ansiedad y depresión.

- Los médicos y enfermeros que no poseen altos niveles de burnout poseen un alto apoyo social, ya que presentaron en rango alto el: apoyo emocional, apoyo instrumental, redes sociales de ocio y distracción y el apoyo afectivo formado por el amor y cariño, pero, en cambio, los profesionales que tienen altos niveles de burnout o están al límite, no poseen el apoyo social procedente de la red social en la que se desenvuelven, por lo que se concluye que el apoyo social funciona como un mecanismo protector para que no se genere el burnout.
- Al conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud, tenemos que los médicos no presentan burnout debido a que utilizan en rango alto: la aceptación, al tomar conciencia y aceptar la situación que están viviendo como algo real; el afrontamiento activo, que son actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés; la religión, es decir que cuando tienen alguna situación causante de estrés acuden a realizar actividades religiosas que les ayudan a sentirse mejor; además, recurren a la planificación, es decir que piensan y analizan como hacer frente al estresor y planean los pasos para realizar un afrontamiento activo, mientras que los médicos con altos niveles de burnout, utilizan la negación, bajo afrontamiento activo, bajo apoyo instrumental, bajo desahogo, baja aceptación; bajo uso de apoyo emocional, no planifican, no presentan buen humor y se culpan a sí mismos, es decir que el afrontamiento inadecuado tiene incidencia directa en el hecho de que ellos hayan desarrollado el burnout.
- En cuanto al rasgo de personalidad de los médicos y enfermeras que presentaron el síndrome, concluimos que inciden para el desarrollo del síndrome las personalidades con rasgos de extraversión y neuroticismo

RECOMENDACIONES

- Se recomienda sin embargo que para futuras investigaciones sean las autoridades del hospital, que autorizan la aplicación de los instrumentos, quienes expliquen al personal de instituciones sanitarias que no deben temer a este tipo de estudios, pues ellos manifestaron temor y hasta enojo

al firmar un certificado, que les hacía perder el anonimato y esto los pusiera en una situación delicada que pudiese ser una causa de pérdida de empleo, por eso a través de sus respuestas, se cree que ellos quisieron demostrar que se sentían realizados personalmente en su trabajo y aunque como evaluadora se les explicó, no es lo mismo que sea la misma autoridad institucional quien lo asegure expresamente.

- Se sugiere, que los profesionales fomenten sus relaciones interpersonales, ya que cuando se presenta una situación estresante, el apoyo social actuando dando soporte, permitiendo al sujeto percibir la situación estresante como menos dañina o amenazante; al disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales, como instrumentales o de información) aumentará en el profesional la percepción de que posee capacidad para hacer frente a la situación, lo cual se verá reflejado en la auto-eficacia, y así ejercer el control sobre su ambiente, predecir experiencias negativas y evitarlas de manera eficiente, incrementando su bienestar mejorando así el estado anímico de ellos.
- Se pide además, que los profesionales médicos se preparen en ciencias humanas para poder entender a sus pacientes y para protegerse ellos mismos.
- La institución debe realizar programas de socialización anticipada, con un carácter preventivo, para que el profesional palpe la realidad del hospital en que trabajará antes de que comience su vida laboral, adquiriendo habilidades para desarrollar su actividad, siendo como un programa de acogida laboral previo y necesario a su contratación.
- Es sumamente necesario que se realicen programas de evaluación y retroinformación, que permitan recibir un feedback que nos indiquen como están el nivel de salud mental de los profesionales, no como una evaluación para desecharlos, sino más bien como parte de un sistema de apoyo para el desarrollo organizacional.
- Al ser los profesionales de la salud, igual que todos los profesionales, seres que se motivan hacia el crecimiento y desarrollo personal, se

recomienda que la institución despliegue programas de desarrollo organizacional para mejorar la organización a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a corto y largo plazo, focalizados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización, para que de esta manera su afrontamiento hacia el estrés se dé con una mejor actitud.

- La institución debe también aplicar, de manera obligatoria, un diagnóstico de Perfil de Personalidad, para adelantarnos a la forma de afrontamiento de los profesionales. y poder apoyar, mediante la psicoterapia preventiva, a los profesionales de la salud a adquirir herramientas que le permitan manejar sus emociones dado que, los profesionales de la salud, deben trabajar de forma tal que no se deje estresar y tomando conciencia de que su profesión es vocacional y en ellos se da la tendencia a obsesionarse con el trabajo y a no descansar.
- Para los médicos y enfermeras que si padecen de ansiedad y depresión, deben considerar los beneficios de la psicoterapia con fines curativos para así poder manejar mejor los recursos de la persona para hacer frente a patologías de cualquier índole,. se sugiere además, que estos profesionales se den el tiempo para realizar actividades recreativas y físicas como salir a caminar, deportes, acudir a un gimnasio, etc. y que los profesionales cultiven el regular conscientemente las emociones. Ejemplo buscar el lado positivo de una situación y que adicionalmente se planifique un plan de acción para enfrentar el burnout.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams Jenni. (2000). Estrés. Argentina. Editorial Kier S.A.
- Barlow David H. Durand V. Mark (2001) Psicología anormal. Impreso en México. International Thomson editores, S.A. de C.V.
- Gelles Richard J., Levine Ann. (2000). Sociología. México. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Losada Díaz José Carlos (2004). Gestión de la Comunicación en las organizaciones. España. Editorial Ariel, S.A.
- Muchinsky Paul M.(2007). Psicología Aplicada al Trabajo, 8va edición. México. International Thomson Editores, S.A. de C.V.
- Myers David G. (2006) Psicología Social. Impreso en México. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Newstrom John W. (2007) Comportamiento Humano en el trabajo. México. . McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Ordax Isabel Alcalde, Campo Vera, Grinberg Alberto,López Moreno Josefina. Trastornos de Ansiedad. España. ediciones Océano S.A.
- Papalia Diane E., Wendkos Olds sally, Duskin Feldman Ruth (2001). México. . McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Rodríguez Fernández Andrés. (2008) Introducción a la Psicología del trabajo y de las organizaciones. Madrid- España. (ediciones Pirámides (Grupo Anaya, S.A.)
- Dávila Jennifer E., Romero M Paola C. (2010). Relación entre el síndrome de bournout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia. Universidad Andrés Bello. Caracas. 1-130. Recuperado de:
- Loria Castellanos Jorge, Guzmán Hernández Luis (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal medico (adscrito y residentes de la

especialidad de urgencias de un servicio de urgencias de la ciudad de Mexico.
433-436 Recuperado de:

<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR5044.pdf>

- Hernández Gracia Tirso, Terán Varela Omar, Navarrete Zorrilla Dolores, León Olvera Andrea (2007). El Síndrome de Bornout: Una aproximación a su conceptualización, Antecedentes, Modelos explicativos y de medición. México. Recuperado de:
<http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4 - No.5.pdf>
- Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Recuperado de:
: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Mira Franco Katherine, Salazar Rendón Valentina, Urán Cadavid Kelly. (2005). Aproximaciones Teóricas y Hallazgos empíricos sobre el Síndrome de Burnout; Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Recuperado de:
<http://eav.upb.edu.co/banco/files/TESSINDROMEburnout.pdf>
- Moreno Jiménez Bernardo. José Luis González, Eva Garrosa /2001) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Madrid. Recuperado de:
<http://web.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Moriana Elvira Juan Antonio. (2002) Estudio Epidemiológico de la salud mental del profesorado, Universidad de Córdoba. Recuperado de:
<http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/266/13208305.pdf?sequence=1>
- Ortega Ruiz Cristina, López Ríos Francisca. (2004). El Burnout o el Síndrome de estar quemado en los profesionales Sanitarios: Revisión y perspectivas. España. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740108.pdf>

- Piemontesi Sebastián Eduardo y Heredia Daniel Esteban. (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) Anales de psicología vol. 25, nº 1 (junio), 102-111.
Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/12-25_1.pdf
- Quijada Zacarias Eric. (2009) Evaluación del Síndrome de Burnout en trabajadores del servicio de emergencia de adultos del hospital “Dr. Felipe Guevara Rojas”, el Tigre, estado Anzoategui, primer semestre 2008, Puerto Ordaz, Venezuela.: Recuperado de:
www.cidar.uneg.edu.ve/DB/bcuneg/EDOCS/TESIS/TESIS_POSTGRADO/ESPECIALIZACIONES/SALUD_OCUPACIONAL/TGERQ85Z322009ErickQuijada.pdf
- Quiceno Japsy Margarita, Vinaccia Alpi Estefano. Bornout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Universidad Católica de Colombia. Bogotá-Colombia. Acta Colombiana de Psicología , Julio- Diciembre, año/ Volumen 10, número 002. 117-125.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/798/79810212.pdf>
- Salanova Marisa, Llorens Susana. (2008).” Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout”. Papeles del Psicólogo, 2008. Vol. 29(1), pp. 59-67.
Recuperado de : <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1539.pdf>
- Sabio Silvana A. (2008). El Síndrome de Burnout : Un proceso de estrés laboral Crónico. Universidad de Palermo Argentina. Recuperado de:
http://www.cienciaried.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08_v1pp121_138.pdf

ANEXOS

ANEXO Nro. 1



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

CERTIFICACIÓN

Yo.....
 con cédula de identidad
 No....., certifico haber
 participado, completando los seis
 instrumentos, para el programa de investigación en “Identificación del burnout en
 profesionales de salud y factores relacionados, con este fenómenos en el Ecuador”, en
 colaboración con el egresado
, es todo
 cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Además autorizo que mis datos sean utilizados, para el desarrollo de la tesis de pregrado
 del egresado y para el programa nacional de Investigación de Psicología.

Atentamente;

Firma

No de Teléfono.....

Número del Registro del Ministerio de Salud Pública...

ANEXO Nro. 2



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

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos PersonalesGénero Masculin Femeni

Edad _____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbani RuralEtnia Mestiz Blanco Afro ecuatoriano IndígenaEstado Civil Solte Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personasRecibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal MensualNo recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 US 1001-2000SD 2001-3000USD3001-4000 US 4001-5000SD 5001-6000USD**Datos Laborales**EnfermeraProfesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcialSector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo fijo Indefinido (Nombramiento)Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana RotativoSeñale 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 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):

Oncológico Psiquiátricos Alteracion renales Quirúrgicos Cardiacos

Neurológico Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

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

¿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
Otras ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 2
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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



HOSPITAL "LUIS VERNAZA"

CERTIFICADO

Por medio de la presente, certifico que la Sra. Martha Martínez Hidalgo, con Cédula de Identidad No 0909048902, ha aplicado seis instrumentos, para el programa de investigación en "Identificación del burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador" a un total de 14 médicos y a 14 licenciados en enfermería, es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente;

Dra. Mónica Muñoz Quinto
ANESTESIOLOGA
INH. 12204-REG. SAN. 908115609

Dra. Mónica Muñoz Quinto
Coordinadora del 2do. Piso
Pabellón Valdez