



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. Estudio realizado en el Hospital-Clínica Kennedy y Hospital del Seguro Social Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, en el año lectivo 2011-2012”.

Trabajo de fin de titulación

AUTOR:

Mena Orellana, Jéssica María

DIRECTORA:

Costa Aguirre, Alicia Dolores

CENTRO UNIVERSITARIO: Guayaquil

2012

CERTIFICACIÓN

Doctora.

Mg. Alicia Costa Aguirre

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”** realizado por el profesional en formación: **Mena Orellana Jéssica María**; 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)

CI:.....

CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Mena Orellana Jéssica María, declaro ser autor (a) del presente trabajo 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 Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Mena Orellana Jéssica María

0913069977

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Mena Orellana Jéssica María
0913069977

AGRADECIMIENTOS

La culminación de este trabajo es el fruto del aporte de algunas personas que me apoyaron para el efectivo desarrollo del mismo. En primer lugar, mi agradecimiento a Dios, mi eterno compañero que me ha dado la habilidad, la capacidad y vocación para esta carrera. En segundo lugar, mis agradecimientos a la Sra. Clarissa Romero y la Srta. Guadalupe Flores quienes me ayudaron con la solicitud para la aplicación de las encuestas en los hospitales Clínica Kennedy y Seguro Social Teodoro Maldonado Carbo. Y por supuesto, mi agradecimiento especial a mi directora de tesis, la Dra. Alicia Costa quien con su valiosa experiencia me guió en las directrices más importantes para culminar esta final tarea.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes me enseñaron el valor de la dedicación, del esfuerzo y de no dejarme vencer frente a los contratiempos. Dedico también este trabajo a mis pacientes presentes y futuros, esas personas a quienes Dios pondrá en mi camino para que yo a través de él, sea su voz, su mirada y sus palabras de orientación. Quisiera también dedicar este trabajo a todos mis amigos y familiares que me alentaron a finalizar esta carrera y estuvieron pendientes de mi progreso profesional.

ÍNDICE

CARÁTULA DEL INFORME DE TESIS.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO.....	iii
AUTORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIA.....	vi
1. RES	RES
UMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT.....	4
a) DEFINICIONES DEL BURNOUT.....	4
b) MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.....	5
Modelo basado en la Teoría Sociocognitiva del Yo.....	5
Modelo basado en la Teoría del Intercambio Social.....	6
Modelo basado en la Teoría Organizacional.....	6
c) DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DEL BURNOUT.....	6
d) POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT.....	7
e) FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DEL BURNOUT.....	8
Etapa de idealismo y entusiasmo.....	8
Etapa de estancamiento.....	9
Etapa de apatía.....	9
Etapa de distanciamiento.....	9
f) CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT.....	10
Causas.....	10
Consecuencias.....	12
g) PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL BURNOUT.....	13
3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	15
a) BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.....	15

b)	EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD.....	18
	Definiciones de salud.....	18
	Síntomas somáticos.....	18
	Ansiedad e insomnio.....	19
	Disfunción social en la actividad diaria.....	19
	Relaciones entre estrés, depresión y el burnout.....	20
	Investigaciones realizadas.....	20
c)	EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO.....	21
	Definición de afrontamiento.....	21
	Teorías y estrategias de afrontamiento.....	22
	Investigaciones realizadas.....	22
d)	EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL.....	23
	Definición de apoyo social.....	23
	Modelos explicativos de apoyo social.....	24
	Apoyo social percibido.....	26
	Investigaciones realizadas.....	27
e)	EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD.....	28
	Definición de personalidad.....	28
	Tipos de personalidad.....	28
	Patrones de conducta.....	29
	Locus de control.....	30
	Investigaciones realizadas.....	31
4.	METODOLOGÍA.....	33
5.	PROCEDIMIENTO.....	42
5.	RESULTADOS OBTENIDOS.....	44
6.	DISCUSIÓN.....	89
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	96
8.	BIBLIOGRAFÍAS.....	99
9.	ANEXOS.....	101

1. RESUMEN

El objetivo de este estudio ha sido determinar los niveles del síndrome de Burnout (estar quemado por el trabajo) y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en una muestra de 18 profesionales médicos en servicio activo de diversas especialidades y 15 enfermeras vinculadas a instituciones públicas y privadas y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales.

El estudio se caracterizó por ser de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, exploratorio y descriptivo, realizado en el Hospital-Clínica Kennedy y el Hospital del Seguro Social Teodoro Maldonado Carbo, ambos de la ciudad de Guayaquil.

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron los siguientes cuestionarios: Variables sociodemográficas y laborales, *Maslach Burnout Inventory* (MBI), *General Health Questionnaire* (GHQ-28) de Goldberg, Salud Mental (GHC28), MOS de apoyo social, Personalidad de Eysenck.

Los resultados demostraron que los médicos están más agotados emocionalmente que las enfermeras, mientras que éstas demostraron altos niveles de despersonalización. Esto indica una alta vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral.

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome de desgaste se ha identificado como un problema significativo en las profesiones asociadas con el cuidado de la salud; en particular, para quienes trabajan en cuidados crónicos. El desgaste por el trabajo ocurre primordialmente en contextos profesionales donde las demandas excesivas de trabajo, en especial las de naturaleza interpersonal, producen cansancio emocional crónico, despersonalización y reducen el sentido de logro personal dando como resultado problemas físicos y psicológicos en el trabajo.

Estudios se han realizado en Europa especialmente en España, de igual manera en América en países como Argentina, Chile y México. Europa y América difieren en sus resultados debido a las variables culturales.

En los Países Bajos, por ejemplo, un 58% de los problemas de salud mental diagnosticados, están vinculados con el trabajo. En el Reino Unido se ha calculado que entre el 30 y 40% de ausentismo laboral puede atribuirse a alguna forma de enfermedad mental. En Europa, un 28% de los trabajadores afirma estar expuesto a condiciones de estrés negativo. En España, el estrés es uno de los principales problemas de salud atribuido al trabajo. Los profesionales de México, Perú, Colombia, Guatemala y el Salvador presentaron señales del síndrome entre 2,5 % y 5,9%. Cabe destacar que en nuestro país, ha habido poca investigación en este campo.

Actualmente el Ecuador a través del Código del Trabajo solicita conocer los factores de riesgo psicosociales, el burnout es uno de ellos. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del burnout en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país.

De ahí la importancia de este trabajo, que parte de la aplicación de una serie de instrumentos para luego observar los factores que hayan influido o podido desencadenar el trastorno.

Por lo tanto, el objetivo general de esta investigación es identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.

Como objetivos específicos, la investigación quiere lograr:

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

Para lograr este objetivo se realizó una investigación de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva, donde participaron profesionales de la salud: 18 médicos y 15 enfermeras en servicio activo de varias especialidades del Hospital Clínica Kennedy y del Hospital del Seguro Social Teodoro Maldonado Carbo, de la ciudad de Guayaquil; la población fue escogida independientemente de los años de servicio, edad, género y ubicación geográfica.

Los datos de esta investigación fueron recogidos mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Variables sociodemográficas y laborales, Cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), Cuestionario *General Health Questionnaire* (GHQ-28) de Goldberg, Cuestionario de Salud Mental (GHC28), Cuestionario MOS de apoyo social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck.

Los resultados de los datos obtenidos muestran que los niveles de burnout y salud encontrados nos indican una alta vulnerabilidad en la muestra estudiada. En el caso de los médicos, en su mayoría con un promedio de 30 años, variables como; sobrecarga de trabajo y la inexperiencia son causas básicas de la aparición del síndrome, mientras que en los profesionales con mayor edad y antigüedad en el servicio perciben con menor frecuencia los factores estresantes laborales.

Estas conclusiones, resaltan la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral que ayuden a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, con claras ventajas para los pacientes y los profesionales de las instituciones de salud.

3. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

a) DEFINICIONES DEL BURNOUT

Burnout, que traducido al español significa “estar quemado” posee muchas conceptualizaciones las cuales se relacionan o se complementan entre sí.

Herbert Freudenberger (1974) quien usó este término por primera vez lo define como: *"Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador".*

Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980) definen el Burnout *"como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo".*

C. Maslach y S. Jackson (1976) hicieron los primeros estudios de este síndrome y lo concibieron como un fracaso para afrontar el estrés generado en la relación con los clientes, pero lo definieron como un síndrome integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio profesional (reducida realización personal en el trabajo) y una vivencia de encontrarse emocionalmente cansado.

En resumen podemos definir al Burnout como un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente” debiendo enfrentar exigencias y sobrecargas emocionales, intelectuales y físicas muy altas que los expone a riesgos psicoemocionales. Maslach y Jackson (1986). Pero lo más importante de este concepto es que el Burnout es más que un estado, es un proceso que incluye:

1. Cansancio emocional: sentimientos de agotamiento debidos a las relaciones interpersonales.

2. Despersonalización: Respuesta insensible del profesional hacia los usuarios del servicio que presta.

3. Realización personal: Sentimientos de baja competencia, falta de logros en el trabajo.

Es importante mencionar que éste síndrome es el resultado de la influencia de agentes organizacionales y características personales que tienen que ver con la falta de estrategias funcionales de afrontamiento a situaciones difíciles.

b) MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Se han desarrollado diferentes modelos para la interpretación del síntoma debido a que se ha dado diferente grado de importancia a las variables implicadas en el síntoma.

En primer lugar tenemos los modelos transaccionales los cuales destacan la interacción entre los factores organizacionales y los individuales, considerando a los primeros (entorno laboral) como variables desencadenantes, y los segundos (personales) como factores que cumplen una función facilitadora o inhibidora.

También tenemos los modelos psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) el cual clasifica en tres grupos los modelos existentes: Teoría sociocognitiva del yo, Teoría del intercambio social y la Teoría organizacional.

Modelo basado en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

Este modelo considera que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades lo cual determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos.

Estos modelos dan gran importancia a las variables del self, como la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc.

Modelo basado en la Teoría del Intercambio Social.

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social, por ejemplo, establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los pacientes, compañeros y la organización, comparando si reciben en la misma medida en que se implican. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.

Modelo basado en la Teoría Organizacional.

Estos modelos se basan en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout.

Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome.

c) DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DEL BURNOUT

Fue en 1974 cuando el psiquiatra estadounidense Herbert Freudengerger, empleó el concepto Burnout para referirse por primera vez a este síndrome mientras trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos. Al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas en los hospitales, observó que los voluntarios tras su primer año de actividades sufrían en su gran mayoría una pérdida de energía, una desmotivación, así como varios síntomas de ansiedad y depresión que podían llegar hasta el agotamiento.

Explicaba que se trataba de una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas, notándose en éstos un deterioro en la atención profesional.

Freudenberger eligió la misma palabra Burnout que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Esta era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado.

El burnout es un problema que surgió primero en trabajos de cuidado y servicio humano, tales como cuidado de salud, salud mental, servicios sociales, el sistema de justicia criminal, profesiones religiosas, orientación, y educación (Maslach, 1982). Todas estas ocupaciones comparten un punto central de proporcionar ayuda y servicio a gente necesitada, donde el aspecto principal del trabajo es el contacto directo y continuado con la gente, y que después de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente.

Maslach determinó que los afectados sufrían "sobrecarga emocional" o síndrome de Burnout y lo definió como "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas".

A partir de estos componentes, se elaboró en 1981 el Maslach Burnout Inventory cuyo objetivo era medir el Burnout en los profesionales de salud, evaluando dichas dimensiones por medio de tres sub escalas.

Luego de estos estudios, se popularizaron la prevención e intervención dirigidas a su adecuado afrontamiento destacándose la importancia de la personalidad (perfeccionismo, idealismo y excesiva implicación con el trabajo).

Más recientemente se ha descrito el burnout como un mecanismo de defensa que se manifiesta en las profesiones de ayuda. Charnes, G. (2001).

Del recorrido histórico anterior podríamos extraer, como conclusión, que el burnout sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo.

d) POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT

No todo el mundo está expuesto en el mismo grado al Síndrome de Burnout. Los grupos que más riesgo tienen de padecer burnout son sobretodo aquellos con mayor carga emocional y contacto con sus clientes como profesores y profesionales médicos. Jiménez, V.M. (2000).

Varios rasgos de personalidad han sido estudiados en un intento de descubrir cuáles son aquellos que caracterizan a las personas que son más propensas a experimentar Burnout. Éstos sugieren que, una baja autoestima, un locus externo de control, bajos

niveles de resistencia, un estilo de conducta de Tipo-A (Un patrón de conductas de afrontamiento a las demandas del entorno, percibido como desafiante, con el fin de controlarlo) y el neuroticismo, que incluye ansiedad, hostilidad, depresión, convirtiéndolos en emocionalmente inestables e inclinadas al distrés psicológico y con mayor riesgo para el burnout. Pérez Jáuregui , M. I. (2000).

Los datos señalan también como individuos de mayor riesgo:

- ✓ Hombres. La mayoría de los estudios indican que el sexo femenino soporta mejor las circunstancias desfavorables.
- ✓ Jóvenes, debido a la falta de estrategias de adaptación y enfrentamiento.
- ✓ Personas con alta sensibilidad emocional, autoexigentes, idealistas y perfeccionistas, que se dedican en cuerpo y alma al trabajo.
- ✓ Individuos que se marcan objetivos ambiciosos a corto plazo.
- ✓ Personas que necesitan tener todo bajo control negándose a delegar a otros parte del trabajo.
- ✓ Aquéllos que no disponen de estrategias de escape frente al trabajo, interfiriendo éste en su vida privada. El síndrome registra una menor incidencia entre personas con relaciones personales estrechas (pareja, hijos o amigos).

e) **FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DEL BURNOUT**

Hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, el cual no aparece después de uno o dos episodios de sobrecarga o de especial dificultad, sino que se genera a lo largo de un proceso que puede resultarle desconocido al mismo sujeto.

Edelwich y Brodsky (1980) Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout:

Etapas de idealismo y entusiasmo. El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen muchas motivaciones intrínsecas, pero el incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa. Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998)

Etapa de estancamiento. Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo, empezando a aparecer la frustración. Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998)

Etapa de apatía. Es la fase central del síndrome burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos el abandono de la profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de burnout, la del distanciamiento. Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998)

Etapa de distanciamiento. La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998)

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988) y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría cansancio emocional en el trabajador, para luego experimentar la despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales.

Básicamente, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome:

- 1) El agotamiento emocional: Se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc.
- 2) La despersonalización: Se refiere a una forma de afrontamiento o mecanismo de defensa que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento a través de actitudes y sentimientos cínicos, negativas muestras de irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios.

- 3) Baja realización personal: Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades.

f) CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

Básicamente el Burnout está caracterizado por la presencia de tres dimensiones: El agotamiento emocional, la despersonalización y reducida realización personal.

El agotamiento emocional y físico se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos pueden sumarse los de frustración y tensión en los trabajadores que se dan cuenta que ya no tienen condiciones de gastar más energía. (Gil-Monte, 2000)

La despersonalización o deshumanización se caracteriza por tratar a los pacientes como objetos, demostrando insensibilidad emocional, cinismo, tendencia a evitar a los pacientes, la crítica exacerbada de todo su ambiente y de todos los demás. (Gil-Monte, 2000)

La disminución de la realización personal en el trabajo se caracteriza como una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices consigo mismas, insatisfechas con su desarrollo profesional, experimentan una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con las personas. (Gil-Monte, 2000).

Causas

Los múltiples estudios evidencian que factores de riesgo personales y factores de riesgo sociales o situacionales determinan el Burnout. La conclusión es que el burnout se debe en gran medida a la naturaleza del trabajo, más que a las características de cada empleado Maslach (2009). Recordemos que el Burnout es un proceso que se inicia con la exposición a situaciones estresantes intensas y/o duraderas y luego avanza como un proceso continuo que se manifiesta de manera paulatina hasta provocar en el individuo las características del síndrome.

Durante este proceso surgirá un ajuste o desajuste entre la persona y su ambiente organizacional. Entre mayor desajuste, mayor probabilidad de burnout.

Factores personales.

Las personas con mayor predisposición al burnout presentan características como:

- ✓ Frustración al no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- ✓ Escasez de formación en habilidades de control o estrategias de afrontamiento.
- ✓ Altas expectativas poco realistas.
- ✓ Sobreimplicación o conductas de evitación en el trato con los pacientes.
- ✓ Ser joven con pocos años de experiencia. (Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T, 1997)

Factores sociales o situacionales.

- ✓ Sobrecarga de trabajo.
- ✓ La naturaleza de la tarea donde constantemente están expuestos a una estimulación aversiva enfrentando el sufrimiento y la muerte de los pacientes, así como dolor que padecen los familiares y allegados.
- ✓ Monotonía de la tarea
- ✓ Ambigüedad del rol (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí)
- ✓ La inseguridad laboral
- ✓ El entorno físico laboral.
- ✓ La ausencia de redes de apoyo social
- ✓ La jornada laboral, trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extraordinarias.
- ✓ Falta de cohesión en el ambiente laboral.
- ✓ Falta de apoyo social y psicológico por parte de jefes o directivos.
- ✓ Malas relaciones interpersonales en el ambiente laboral.

Además de los factores anteriores, me gustaría mencionar otro factor que tiene un importante impacto en los niveles de estrés y burnout, quiero referirme a la falta de control. Empleados a quienes no se les permite usar su propia sabiduría o experiencia para tomar decisiones, sentirán que no tienen mucha libertad de resolución personal y autonomía en su trabajo. Pueden sentir que se les está haciendo responsables y, sin

embargo, no tienen la capacidad para controlar aquello por lo cual se les está responsabilizando.

Otro factor de riesgo organizacional, son las recompensas insuficientes. Esto ocurre cuando los empleados creen que no están siendo apropiadamente recompensados por su desempeño. Aunque el sueldo es una recompensa importante, mucho más es el reconocimiento. Importa mucho a la gente que sus jefes se den cuenta de lo que ellos hacen, y que retroalimenten la calidad de su trabajo. Castro, S, y Martín, F. (2001).

Si a todo lo anterior le añadimos una larga exposición a estas situaciones crónicas, el resultado probable de todo ello son pensamientos, sentimientos y creencias negativos acerca de las propias habilidades y capacidades, a la valoración de la tarea, a la consideración de los usuarios, etc. En tales condiciones, los profesionales pueden actuar para eliminar tales sentimientos directamente (estrategia de evitación) o bien pueden adaptarse a las condiciones laborales.

Consecuencias

De manera general, uno de los primeros síntomas de carácter leve es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico, en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa. O'Brien, G. E. (1998).

Además de los síntomas mencionados, esta patología provoca otra serie de efectos que pueden presentarse de manera leve, moderada, grave o extrema y se los puede clasificar como psicosomáticos, conductuales y emocionales.

Psicosomáticos

- ✓ Manifestaciones mentales: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. También es frecuente el estado de nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración.

- ✓ Manifestaciones físicas: Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma)

insomnio, alteraciones gastrointestinales, alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios. O'Brien, G. E. (1998).

Conductuales

- ✓ Predominio de hábitos adictivos, bajo rendimiento laboral y descenso en la calidad de los servicios que presta y como medida más extrema en el ausentismo laboral.
- ✓ Alteraciones de la conducta alimentaria.
- ✓ Frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia, comunicaciones deficientes.

Emocionales

Distanciamiento afectivo como mecanismo de defensa, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, aumento de interacciones hostiles, desorientación, sentimiento de impotencia, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos, tristeza, ideas de suicidio, Incompetencia y autovaloración negativa.

Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición les agobia y a menudo agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso. (Gil-Monte,P.,Peiró,JM, 1997)

g) PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL BURNOUT

Un primer paso en la prevención del síndrome es el reconocimiento de la existencia del problema y su importancia en el ámbito de la salud por parte de las instituciones médicas para que se tomen medidas encaminadas a mejorar las distintas áreas mencionadas anteriormente para facilitar los procesos de adaptación y motivación de los profesionales a través del apoyo social y psicológico.

La organización puede llevar a cabo programas preventivos a nivel individual, interpersonal y organizacional con el objetivo de desarrollar en los profesionales de la salud, habilidades sociales y comunicativas con los pacientes y equipo de trabajo, así como habilidades de autocontrol y búsqueda de afrontamientos más eficaces ante el estrés generado por este tipo de tarea.

Considero también que las Universidades que preparan a los futuros médicos deben incluir en su formación académica estrategias o formas de afrontar el estrés así como informar sobre las realidades y conflictos que puedan surgir en el desarrollo de su actividad profesional.

Entre las técnicas grupales o individuales que se puede utilizar para prevención o tratamiento del síndrome, tenemos:

- ✓ Técnicas de reestructuración cognitiva, consistiría en tomar las situaciones problemáticas y volver a evaluarlas y reestructurarlas para que dejen de ser problemáticas.
- ✓ Hacer ejercicio físico, yoga.
- ✓ Técnicas de relajación.
- ✓ Biofeedback, permiten que un sujeto, mediante instrumentos electrónicos que generan señales auditivas o visuales, tenga consciencia de cambios fisiológicos y biológicos que normalmente no son conscientes (ritmo cardíaco, presión arterial, conductancia de la piel, velocidad del pulso).
- ✓ Técnicas de resolución de problemas.
- ✓ Entrenamiento de la asertividad.
- ✓ Fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol. En esta línea, O'Brien (1998) menciona que una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no sólo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las potenciales fuentes de estrés, así como reconocer estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son susceptibles al cambio.
- ✓ Fomentar actividades de grupo entre los profesionales, con el objetivo de promover la escucha, ofrecer apoyo técnico y emocional, así el afectado tiene la oportunidad de intercambiar pareceres y consejos, escuchar una opinión que lo reconforte y sentirse comprendido.
- ✓ Una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso y no consumir bebidas energizantes son factores que mejoran el estado de salud y el sistema inmunológico, al mismo tiempo que modulan la respuesta de estrés laboral. De la misma manera, propone que el ejercicio físico aumenta la resistencia ante los efectos de dicho estrés. Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. (1997)

A nivel organizacional, las estrategias de prevención pueden ser:

- ✓ Clarificar los distintos roles profesionales (para evitar la existencia de un profesional al que le llueve todo lo que no quieren los demás).
- ✓ Recibir retroalimentación y apoyo a los profesionales por parte de sus superiores.
- ✓ Aplicar programas de asistencia al empleado a través de un equipo de profesionales que asesore y atienda de forma personalizada los problemas del profesional.
- ✓ Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- ✓ Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.

No existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el burnout, sino que se utilizan varias técnicas individuales y organizacionales de forma complementaria.

CAPÍTULO 3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.

a. BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

Cuando se habla de variables *desencadenantes* nos referimos a aquellos estresores crónicos que aparecen en el ámbito laboral como: ambiente laboral, contenidos del puesto, roles, relaciones interpersonales y los aspectos organizacionales.

Ante las variables desencadenantes, se hacen presentes las variables de carácter personal que tienen una función inhibitoria de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del síndrome en una u otra dirección.

Los facilitadores de los que se hace referencia son las variables sociodemográficas, las variables de personalidad y las estrategias que el profesional utilice para el afrontamiento del estrés. Recordemos también que el apoyo social actúa como facilitador del síndrome.

A pesar de que cada uno de los estudios exponen las razones por las cuales ciertos factores como edad, estado civil y sexo actúan como variables protectoras del burnout, los estudios en conjunto muestran contradicciones lo que nos lleva a concluir que ni la edad ni tipo de convivencia parecen tener relaciones significativas con el burnout, ni tampoco los hijos, parecen mostrar marcada relación para las primeras dos fases. Que los hombres son más propensos a desarrollar el síndrome que las mujeres es un dato ambivalente, la mayoría de los estudios lo demuestran pero no todos. En lo que no parece contradecirse los estudios es que a mayor antigüedad, menor probabilidad de caer en despersonalización justificándolo con la inexperiencia y la capacidad de afrontar situaciones críticas. Pando Moreno M., (2006).

Lo que sí podemos afirmar es que el hecho de existir posibilidades de promocionarse internamente o la flexibilidad en los horarios de trabajo, como, por ejemplo, trabajar en turno rotativo o no, el grado de autonomía a la hora de desempeñarlo son fuertes factores de protección.

Se sugiere la importancia de considerar los efectos de la variable años de experiencia profesional, que indica que los primeros años de trabajo son los más vulnerables para el desarrollo del síndrome.

Otros datos demuestran que a pesar de que las condiciones adversas externas propias de la organización puedan llevar a desarrollar el burnout, los valores de la persona o su alto compromiso con la organización actuarán como un fuerte factor de protección. Salanova M, Schaufeli WB (2005).

La sobrecarga laboral tiene una incidencia especial como fuente de estrés crónico. Estudios empíricos cuantitativos han obtenido relaciones significativas entre sobrecarga de trabajo y el agotamiento emocional. Pero además, si los profesionales perciben que carecen de las destrezas y habilidades necesarias para realizar las tareas (sobrecarga de trabajo cualitativa) probablemente desarrollarán baja realización personal en el trabajo. Salanova M, Schaufeli WB (2005).

Otra de las fuentes de estrés crónico en profesionales de enfermería es la percepción de falta de reciprocidad en los intercambios. Recordemos que en las organizaciones de servicios, el síndrome de quemarse por el trabajo surge primordialmente en un

contexto social, por ello las teorías del intercambio social son de gran importancia para entender la aparición del síndrome.

En la relación entre clima laboral y despersonalización. Encontramos que lo más saltante fue que cuando hay una adecuada comunicación con los jefes o los colegas de trabajo hay una menor despersonalización; cuando hay un ambiente de confianza, buena práctica de valores y respeto a las normas hay también menor presencia de despersonalización; lo contrario se da cuando hay presencia de hostigamiento lo cual produce un aumento de despersonalización.

Es decir, en el seno de una misma profesión hay variabilidad según el contexto social, económico y cultural. Algunos autores han observado que la sociedad occidental, generadora de competitividad y materialismo, predispone a experimentar mayor burnout que en los países hispanoamericanos (Berry, Segall y Poortinga, 2002).

Según el género, el grupo más vulnerable sería principalmente el de las mujeres, quizá por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, no obstante, en algunos estudios no se ha evidenciado esta relación.

Uno de los pocos resultados que parecen mantenerse es que el promedio de despersonalización por sexo, podemos observar que las personas de sexo masculino tienden más a la despersonalización que las personas de sexo femenino.

Respecto a la edad, sugieren que existe un período de sensibilización en el que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome y que correspondería a los primeros años de ejercicio profesional. Sin embargo, la relación no es clara, pues en otras investigaciones se afirma que los médicos con mayor antigüedad laboral tienen más cansancio emocional, o bien, que la relación pudiera ser inversa, pues con el tiempo los médicos desarrollan mayor seguridad y experiencia en su trabajo, lo cual los hace menos vulnerables a la tensión laboral. Otros autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en los períodos correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y a los mayores de diez años de experiencia como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Schaufeli, W.B., y cols. (2002).

Tampoco existe acuerdo en el estado civil, aunque algunos resultados han mostrado que las personas solteras tienen mayor agotamiento emocional, menor realización

personal y mayor despersonalización que las que están casadas o conviven con parejas estables. También se sugiere que la existencia de hijos puede determinar la resistencia al síndrome.

Mi conclusión es que ninguna variable sociodemográfica u organizacional por sí sola es responsable del desarrollo del síndrome, sino la combinación de estos factores. Donde los factores organizacionales son los que desencadenan el proceso del burnout mientras que factores individuales como la personalidad, valores y apoyo social actúan como factores de protección.

b. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD

Definiciones de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, el concepto de salud trasciende a la ausencia de enfermedades y afecciones.

La salud puede dividirse en salud física y salud mental, aunque en realidad son dos aspectos interrelacionados. Para el cuidado de la salud física, se recomienda la realización frecuente y regular de ejercicios, y una dieta equilibrada y saludable, con variedad de nutrientes y proteínas. Salanova, M. (2006).

La salud mental, por otra parte, hace referencia al bienestar emocional y psicológico en el cual un ser humano puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, desenvolverse en sociedad y resolver las demandas cotidianas de la vida diaria.

El estilo de vida, o sea el conjunto de comportamientos que desarrolla una persona, puede ser beneficioso o nocivo para la salud. Por ejemplo, un individuo que mantiene una alimentación equilibrada y que realiza actividades físicas en forma cotidiana tiene mayores probabilidades de gozar de buena salud. Por el contrario, una persona que come y bebe en exceso, que descansa mal y que fuma, corre serios riesgos de sufrir enfermedades evitables. Salanova, M. (2006).

El estrés ocupacional y el burnout están asociados con una peor salud y con aquellos individuos que genéticamente tienen propensión para padecer alteraciones psíquicas. Dichos sujetos serían más vulnerables al estrés crónico y a la depresión. Hecho que

explicaría por qué, ante un mismo ambiente, unos sujetos acaben padeciendo burnout y otros no.

El estrés psíquico agravaría las consecuencias de un proceso crónico, cuestión que no aparece cuando el sujeto disfruta de una buena salud.

Síntomas somáticos.

Entre los síntomas somáticos asociados con el síndrome de Burnout tenemos: Palpitaciones, hipertensión, dolor precordial, asma, catarros frecuentes, infecciones frecuentes, alergias, dolores cervicales, tensión muscular, fatiga crónica, alteraciones menstruales, diarrea, insomnio, úlcera gastroduodenal, jaqueca. Boada, J., Vallejo, R. & Agulló, E. (2004).

Ansiedad e insomnio

La ansiedad laboral es producido por el exceso de trabajo, o bien por realizar tareas laborales en ambientes poco propicios o con un alto nivel de negatividad.

La ansiedad laboral es un trastorno emocional provocado por el trabajo que conlleva graves consecuencias físicas y psicológicas cuando el fenómeno se somatiza. En los últimos tiempos, la ansiedad laboral es uno de los principales motivos de deserción de los trabajos.

Las personas que padecen ansiedad laboral ocupan la mayor parte de las horas del día pensando en situaciones desencadenadas en el trabajo, les cuesta conciliar el sueño, no se alimentan de buena forma y cuentan con un nivel de tensión crónico con consecuencias físicas y psicológicas que pueden desencadenar en problemas de salud de gravedad. Estos síntomas terminan invadiendo la vida social y familiar del afectado, que opta por aislarse y quedarse solo.

La salud del individuo sujeto a la presión que ejerce la ansiedad suele sufrir una respuesta en su organismo a modo de alerta y que se traduce en problemas de palpitaciones, taquicardia, aumento de la tensión arterial, dolores musculares, cefaleas, problemas digestivos, trastornos del sueño, etc.

La ansiedad y el burnout comparten la sensación de tensión, malestar y desasosiego, sin embargo, la ansiedad se presenta cuando la persona no posee las habilidades necesarias para realizar una tarea, o al menos así lo percibe. En cambio, en el caso del burnout la persona siente que sus capacidades y habilidades se ven superadas por las características de la tarea a realizar. Boada, J., Vallejo, R. & Agulló, E. (2004).

Disfunción social en la actividad diaria

Los síntomas no sólo físicos, sino también emocionales, afectan las relaciones interpersonales e inciden especialmente en la propia familia del profesional y entorno familiar. Maslach señala que el síndrome tiene un efecto “indirecto” negativo que afecta a la vida privada (Gil-Monte y Peiró, 1997), donde el cinismo y el desprecio son proyectados fuertemente en la familia y amigos provocando conflictos conyugales y familiares.

Relaciones entre estrés, depresión y el burnout

Recordemos que el burnout es una consecuencia de la exposición de una persona al estrés crónico en el trabajo. Los diversos tipos de estrés crónicos que pueden llevar al burnout incluyen: sobrecarga cualitativa y cuantitativa, conflicto de rol y ambigüedad, falta de soporte social.

Hay muchos modelos que explican la relación estrés – burnout. La más robusta es aquella basada en la teoría COR de Hobfoll (Hobfoll y Shirom 2000). Según la teoría COR (Conservación de los recursos) cuando las circunstancias en el trabajo amenazan la obtención o mantención de recursos de las personas, viene el estrés.

Aplicando estas nociones, se argumenta que los individuos se pueden sentir quemados cuando perciben una pérdida neta continua. La pérdida neta a su vez no puede ser compensada expandiendo otros recursos o ganando recursos adicionales. Luego pueden alcanzar un estado avanzado de burnout, en el que sus síntomas de depresión pueden convertirse en las emociones predominantes, o puede alcanzar etapas avanzadas como la despersonalización.

El burnout y la depresión expresan similitudes en el cansancio, retiro social y sensación de fracaso personal. Pero el burnout se diferencia de la depresión en

cuanto el burnout se deriva de la interacción entre organización y persona, y la depresión se atribuye más bien a causas interpersonales o intrapsíquicas.

Investigaciones realizadas

Según el test GHQ-28 de Goldberg, la dimensión de cansancio emocional, es la que muestra correlaciones más intensas con la falta de salud o bienestar, y más concretamente con la frecuencia de síntomas de ansiedad.

Estos estudios son similares con otros obtenidos donde los encuestados presentan malestar psíquico, con una mayor incidencia de los síntomas de ansiedad e insomnio.

Es importante destacar la importancia de la variable convivencia, puesto que algunos datos indican que los sujetos que viven solos refieren un peor estado de salud general y, en concreto, una mayor vulnerabilidad a síntomas de disfunción social y a los síntomas depresivos. Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997).

c. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO

Definición de afrontamiento

La perspectiva transaccional de Lazarus y Folkman (1986) indica que en realidad, no hay situaciones estresantes en sí mismas, sino que dependen de la interpretación o evaluación que el individuo haga de ellas. Si los eventos o situaciones se perciben como amenazantes o peligrosos para el propio bienestar, entonces se desencadena el estrés y frente a éste, el individuo debe responder de alguna manera. Es así que dichos autores introdujeron la consideración de modos de afrontamiento que hacen referencia a cómo las personas responden a determinadas situaciones cuando no disponen de los recursos para ello.

El afrontamiento puede ser entendido como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas las cuales son evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. (Lazarus, 2000).

Otra definición basada en el modelo psicoanalítico define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés" (Lazarus & Folkman, 1986; 141).

Menninger (1963) en su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

El afrontamiento actúa como un importante facilitador o inhibidor en los procesos de estrés, incluido el Burnout. Hay que destacar que los esfuerzos cognoscitivos y conductuales están en un constante proceso de cambio.

El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el entorno externo causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema o directo), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción o indirecto). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí.

Teorías y Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento activo implican confrontación o intento de cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, mientras que las estrategias de afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos.

La combinación de las dos dimensiones genera cuatro tipos de estrategias de afrontamiento dirigido al problema:

Directo/activo: Tratan de solucionar el problema cambiando la fuente de estrés definiendo el problema, buscando soluciones dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema), solicitando información, apoyo o asesoramiento a otras personas significativas, confrontando con la persona que causa el estrés, buscando apoyo en las creencias espirituales.

Directo/inactivo: Tratan de ignorar la fuente de estrés negando la existencia del problema (reírse del problema) o abandonan la situación estresante.

Indirecto/activo: En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que pretenden modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo, entre los que destacan la evitación, minimización,

distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos, busca hablar sobre el estrés a otras personas que sirvan de apoyo, etc. Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. & Miralles, T. (1997).

Indirecto/inactivo: Trata de evadir el problema bebiendo alcohol, tomando drogas, se descarga emocionalmente por medio de palabras o acciones tales como llorar, fumar y comer, se centra en otras tareas o actividades (dormir, ver tv...).

El no recomendado son los afrontamientos con respecto a la emoción porque pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas. La que permite mejor ajuste es aquella focalizada en el problema porque permite una mejor adaptación a los estresores y a experimentar menos síntomas psicológicos.

Investigaciones realizadas

El punto de vista mantenido por la mayoría de los investigadores de estrés (Folkman y Lazarus, 1985) expresa que las estrategias de afrontamiento activas y directas están asociadas con niveles de “quemarse” inferiores a los asociados con las estrategias de afrontamiento inactivas o indirectas.

Existen diferencias significativas en los modos de afrontamiento entre las enfermeras que presentan diferentes niveles de síndrome de burnout. Las enfermeras que sufren el síndrome en mayor grado muestran un afrontamiento disfuncional frente a las situaciones que evalúan como amenazantes. Las enfermeras tenderían a utilizar estrategias de afrontamiento menos funcionales a medida que aumenta el nivel de burnout.

El uso de estrategias activas y directas va disminuyendo a medida que aumenta el nivel de despersonalización.

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

En cuanto a las diferencias sobre estrategias de afrontamiento por edad, sexo, tipo de preparación, algunos estudios no han encontrado diferencias significativas mientras que otros sí las manifiestan, en todo caso no existe un consenso que permita afirmar que uno de los sexos utiliza más que el otro cierta estrategia de afrontamiento.

d. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

Definición de apoyo social

El Apoyo Social es la estructura de relaciones sociales cuya función es complementar los recursos personales para permitir el afrontamiento adaptativo y que produce un efecto modulador o de prevención del síndrome de Burnout disminuyendo las respuestas ante el estrés.

El apoyo social es considerado uno de los recursos más importantes a los que se suele recurrir para manejar situaciones de estrés cotidianos o tensiones crónicas. 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 (Gil-Monte y Peiró, 1997). Es conocido que el apoyo social genera en el individuo un desarrollo óptimo emocional. Moreno B, González JL, Garrosa E, Peñacoba C. (2002)

La red social de apoyo ya sea formal (escuela, institución, empresa, etc) o informal (familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, compañeros espirituales) es el conjunto de personas con las cuales se intercambia de manera continua, ofreciendo en primer lugar ayuda emocional, esto es, la posibilidad de expresar a alguien los problemas y el malestar que conlleva, y ese apoyo emocional disminuye la percepción de estrés. En segundo lugar el grupo social puede resolver el problema que nos preocupa ofreciendo una ayuda tangible o instrumental. Y por último el grupo social puede ayudar a valorar una situación estresante de manera más positiva, puede darnos un punto de vista distinto a nuestro problema que alivie nuestra percepción de estrés.

La percepción que el sujeto tiene de que recibe apoyo, de que su red es confiable y efectiva, es un determinante importante de el estado de salud de una persona.

Los puestos de trabajo con grandes exigencias y un escaso apoyo social en el trabajo son los que mayor riesgo de enfermedad presentan, se ha probado empíricamente con

éxito en diversos estudios sobre enfermedades crónicas. El hecho de que el apoyo social “amortigüe” la tensión psicológica puede depender del grado de integración social y emocional y de la confianza entre los compañeros de trabajo, supervisores, etc.; esto es, del “apoyo socioemocional”. Aranda, B.C. (2004)

Estudios pertenecientes a Aranda (2004-2006), Palmer (2005), demostraron que los efectos de los acontecimientos estresores eran perjudiciales únicamente en las personas que carecían de apoyo, en particular de apoyo emocional de una esposa o pareja, parientes cercanos o amigos. Los que carecían de ese apoyo y además habían pasado por varios acontecimientos vitales graves presentaban una mortalidad cinco veces mayor que la de los que gozaban de mucho apoyo emocional.

Modelos explicativos de apoyo social

Es posible distinguir dos niveles de análisis del apoyo social: el estructural y el funcional. El estructural está relacionado con la visión objetiva que tiene el individuo de sus relaciones sociales o de su red social, y el funcional se refiere a la evaluación subjetiva del apoyo social.

Podemos mencionar tres perspectivas principales, teóricas y empíricas, que sobre el apoyo social se ha desarrollado. Estas perspectivas o aproximaciones son complementarias entre sí donde cada nivel es una pre condición del siguiente nivel.

Nivel I

El nivel más básico en la conceptualización del apoyo social es aquel que se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. No se hace relación a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social de una persona (número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad, etc.). Este nivel no es capaz de explicar la relación entre salud y apoyo social.

Nivel II

La perspectiva del apoyo social como "relaciones de calidad" añade una importante cuestión al nivel anterior. Desde este punto de vista se atiende a la calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Estas pueden influir en la salud y bienestar psicológico: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las

necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación, etc.

Nivel III

Un tercer nivel es el apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud de un evento aversivo se perciba reducida. Barrón, A (1996)

Tipos de apoyo social

Podemos mencionar cuatro tipos de apoyo social:

Apoyo emocional

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

Apoyo instrumental

El apoyo instrumental se define como la posibilidad que tienen los trabajadores de obtener ayuda proveniente de otras personas para el desempeño de su trabajo. Dicho apoyo ofrece al trabajador recursos que le permiten gestionar y hacer frente más eficazmente a las condiciones de trabajo.

Apoyo informativo

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

Apoyo evaluativo

El "apoyo evaluativo", al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la

autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa. Barrón, A (1996)

Apoyo social percibido

Mantenerse dentro de una red social es una fuente de ayuda que amortigua la aparición e intensidad del estrés. El apoyo social es una de las variables más importantes en la modulación del estrés. Pero no es suficiente mantener una buena red social, sino que es mucho más importante la sensación subjetiva de pertenencia a un grupo social, así como la calidad y la profundidad de las relaciones. Es decir, puede haber personas que aún perteneciendo a un grupo social, no sienta dicha pertenencia ni la posibilidad de recurrir a nadie en caso de necesitarlo.

Por lo tanto, una característica cognitiva importante en la prevención y tratamiento del estrés es el apoyo social percibido, que es la sensación subjetiva de confianza que cada individuo tiene sobre la cantidad de ayuda que puede percibir y la disponibilidad de la misma, y que no necesariamente tiene que coincidir con la ayuda real.

El apoyo social percibido, está definido por LAZARUS & FOLKMAN (1986), como la forma en que el individuo evalúa las interacciones que ocurren en sus relaciones sociales. No es igual tener una red social que obtener apoyo del mismo

El apoyo social permite sentirse querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo así como en la organización. Además, es importante la percepción del apoyo social porque la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

Investigaciones realizadas

En general, la literatura sobre apoyo social en el trabajo permite afirmar que éste ha sido el recurso más investigado en su relación al burnout y que la evidencia en relación con la importancia de la falta de apoyo es fuertemente consistente, especialmente en la falta de apoyo que brindan los jefes o supervisores más que en la falta de apoyo de los compañeros de trabajo.

Hay numerosos estudios de las redes sociales de apoyo que han demostrado su efecto positivo en relación con la salud física del individuo como también es cierto que estas redes influyen positivamente en la protección de trastornos psicológicos como la depresión, ansiedad, trastornos de la conducta. Gil-Monte, P.R. (2002)

Se sabe que cuando el individuo recibe y percibe un adecuado apoyo por parte de su red, independientemente de que este sea técnico, emocional, económico, moral, etc., llega a ser tan benéfico que puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo e incrementar la autoestima, mejorar el estado de salud y bienestar y por lo tanto la calidad de vida.

La mayoría de los estudios confirman que la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores. Las organizaciones lograrían efectos altamente positivos a través de un programa de entrenamiento de bajo costo que ayude a supervisores y jefes a desarrollar la capacidad de entregar apoyo a sus subalternos.

Este resultado ha sido visto en forma consistente en un gran número de investigaciones realizadas en diversos países y coincide con abundante evidencia que señala que en el plano de las relaciones interpersonales en el trabajo, la falta de apoyo aumenta los sentimientos de burnout en las profesiones de la salud, o que su presencia disminuye la influencia del burnout. Aranda, B.C. (2004).

e. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD

Definición de personalidad

La personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás.

Desde una perspectiva existencial, la personalidad se aprecia como algo que el individuo construye continuamente con el entorno social de la persona, incluido su entorno de trabajo.

Hay determinadas variables de personalidad que influyen de manera positiva ayudando al individuo a mantenerse en un estado saludable o influyendo negativamente facilitando ciertos trastornos de salud. Moreno J.B. Garrosa H.E. y González G, J.L. (2000).

Una serie de circunstancias pueden combinarse para producir estrés crónico en los profesionales, pero es la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento los que parecen establecer el grado de vulnerabilidad individual. Esto explicaría el por qué en igualdad de condiciones de trabajo, algunas personas manifiestan síntomas de burnout, no así en otras. (Bloch, 1977; Cichon y Koff, 1980; Huber, Gable e Iwanichi, 1990; Mayor, 1987).

Es necesario entonces el estudio de la personalidad puesto que es una de las soluciones a fenómenos tan complejos como el burnout.

Tipos de personalidad

Cuando hablamos de tipos de personalidad, nos referimos a las variables estables que identifican un estilo conductual de responder de la persona. Entre estos modelos se halla el de Kobasa (1979,1982) quien desarrolla el constructo de “personalidad resistente” a partir del estudio de aquellas personas que, ante ciertos hechos vitales negativos, parecen tener características de personalidad que los protegen permitiéndole adaptarse adecuadamente a posibles sucesos estresantes.

Así, la personalidad resistente se caracteriza por ser un modulador que reduce la probabilidad de experimentar estrés o de disminuir sus consecuencias negativas, facilitando una adaptación adecuada y por consiguiente, una disminución del riesgo de enfermar.

La personalidad resistente se la define como aquella actitud básica de una persona que expresa simultáneamente su compromiso, control y disposición ante los retos (Kobasa 1979; Kobasa, Maddi y Kahn 1982). El compromiso se define como la propensión a comprometerse en lugar de no involucrarse en todo lo que se hace o se encuentra en la vida. Las personas comprometidas poseen un sentido existencial global que les permite encontrar significado e identificarse con las personas, los acontecimientos y las cosas del entorno. El control es la propensión a pensar, sentir y

actuar como alguien influyente y no impotente frente a los distintos avatares de la vida. Las personas con sentido del control no tienen la pretensión ingenua de dirigir los acontecimientos y sus resultados, sino que, por el contrario, se sienten capaces de marcar una diferencia en el mundo utilizando su imaginación, sus conocimientos, sus habilidades y su capacidad de elección.

El reto consiste en creer que el cambio y no la estabilidad es lo normal en la vida y que los cambios constituyen importantes incentivos para el crecimiento en lugar de amenazas a la seguridad. Lejos de ser unos aventureros temerarios, las personas con personalidad resistente se muestran abiertas a las nuevas experiencias y poseen un grado de tolerancia hacia la ambigüedad que les permite mostrarse flexibles ante el cambio.

Patrones de conducta

Entre las estructuras patrones de conducta se hallan el patrón o tipo A, el locus de control, los estilos atribucionales y las variables que se refieren a sí mismo (autoconfianza, autoestima y autoeficacia). El patrón de tipo A, investigado ampliamente está relacionado con la vulnerabilidad a las enfermedades coronarias y cardiovasculares, entre otros padecimientos. Caracterizado por impaciencia, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, competitividad, agresividad y hostilidad y compromiso excesivo por el trabajo.

El patrón de comportamiento del Tipo A está constituido por una serie de comportamientos o una forma de vida que se caracteriza por un nivel considerable de hostilidad, competitividad, prisa, impaciencia, desasosiego, agresividad (a veces, enérgicamente reprimida), explosividad en el lenguaje y un elevado nivel de alerta acompañado de tensión muscular. Las personas con un fuerte comportamiento del Tipo A luchan contra la presión del tiempo y el reto de la responsabilidad (Jenkins 1979).

El comportamiento del Tipo A no es un factor de estrés externo ni una reacción de tensión o incomodidad, sino, más bien, un patrón de conducta. En el polo se sitúan las personas del Tipo B, más relajadas, cooperadoras, aparentemente más contentas de la vida y de quienes les rodean. El continuo de comportamientos que van desde el Tipo A al B fue inicialmente estudiado y definido en 1959 por los cardiólogos.

Los estilos de atribución se refieren a la causa por la cual atribuyen su estrés, las cuales pueden ser: sus características personales, el entorno o sus pacientes.

En cuanto a la autoconfianza, autoestima y autoeficacia, es indudable que el modo en que la gente desarrolla actitudes hacia sí misma influirá en su bienestar personal y su conducta, sus relaciones interpersonales, en la forma que tiene de manejar los problemas y la expresión y control de sus emociones.

Mientras que la autoconfianza se refiere a la evaluación de las capacidades generales y la autoeficacia a la evaluación de capacidades específicas, la autoestima se refiere más bien a la valoración de uno mismo o a la autoevaluación de las características individuales. Un bajo nivel de autoestima se ha considerado desde hace mucho tiempo como uno de los factores causantes de trastornos fisiológicos y psicológicos. Peñacoba, C. y Moreno J. B. (1998)

Locus de control

El locus de control alude se refiere a la creencia de que los eventos externos y sus consecuencias pueden ser controlados por las propias decisiones y acciones (locus interno) o por fuerzas externas, como otras personas, la suerte o el destino (locus externo). Diferentes estudios señalan que los profesionales con locus de control externo son más propensos al burnout, especialmente en la sub escala de realización personal.

Los sujetos con locus interno perciben más control de las situaciones, por lo que buscan mayor información y apoyo social, mientras que los sujetos con locus externo son más propensos al desamparo y al afrontamiento centrado en la emoción. Rodríguez G., R., y Moleiro P., O. (2002)

Investigaciones realizadas

Lemkau, Purdy y Rafferty (1988) reportaron que los médicos con personalidad antisocial, agresiva, esquizoide y ansiosa tenían más alto el nivel de agotamiento emocional y falta de realización personal. Otros rasgos como la ansiedad, adicción al trabajo están asociadas con la despersonalización.

Las investigaciones realizadas en el campo de la psicología social y de la personalidad han arrojado considerable luz sobre el patrón de comportamiento del Tipo A como concepto psicológico importante. Las personas que obtienen una elevada puntuación en las medidas del Tipo A se comportan de forma congruente con la teoría del Tipo A. Muestran más impaciencia y agresividad en sus relaciones sociales y dedican más tiempo al trabajo que al ocio. Además, sus reacciones ante la frustración son más notorias.

Una de las conclusiones más generalizadas en la relación entre el locus de control externo y la mala salud física y mental (Ganster y Fusilier 1989). En varios estudios realizados en entornos laborales se han obtenido conclusiones similares; los trabajadores con un locus de control externo son más propensos a manifestar más agotamiento psíquico, insatisfacción en el puesto de trabajo y estrés, así como niveles inferiores de autoestima.

Se hizo un estudio longitudinal de una extensa muestra de varones que ocupaban cargos intermedios y de alta dirección en una compañía telefónica del Medio Oeste de Estados Unidos en la época en que ésta se desgajó de American Telephone and Telegraph (ATT). Estos ejecutivos respondieron a una serie de instrumentos anuales durante un período de cinco años, con el objeto de revisar las experiencias vitales estresoras en el trabajo y el hogar, la evolución de su salud física, los rasgos de personalidad, otros factores del trabajo, el apoyo social y los hábitos de salud. El hallazgo más significativo fue que, sometidos a acontecimientos y condiciones vitales altamente estresores, los que tenían un elevado nivel de resistencia eran mucho menos propensos a sufrir enfermedades somáticas que sus colegas con un bajo nivel de resistencia, resultado éste que se vio confirmado por los autoinformes de enfermedades y síntomas somáticos, y validados por las historias clínicas basadas en exploraciones médicas anuales.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de investigación

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

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

Esta investigación posee las siguientes características:

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

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

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

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

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

4.2. Preguntas de investigación:

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

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivo general

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

4.3.2 Objetivos específicos

- 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.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales sean identificados en el burnout.

4.4 Población

La población objeto de estudio fueron el personal de instituciones de salud, es decir médicos en servicio activo de cualquier especialidad y enfermeras vinculadas tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de los años de servicio, edad, género y ubicación geográfica (urbano-rural).

La muestra de este estudio, estuvo constituida por 5 enfermeras y 16 médicos que trabajan en el Hospital Clínica Kennedy y 10 enfermeras, 2 médicos que trabajaban en el Hospital del Seguro Social de Guayaquil. Es decir, 15 enfermeras y 18 médicos, un total de 33 personas.

4.5 Instrumentos

Los instrumentos recolectores de datos constaron de seis instrumentos los cuales fueron seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados, dichos instrumentos fueron aplicados en el orden que se menciona a continuación:

Cuestionarios:

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

Cuestionario Sociodemográfico y laboral.- Es un 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 pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.

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

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

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

Cuestionario de salud mental (GHC28).- El GHC28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario autoadministrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud, consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios

psiquiàtricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro subescalas que son:

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

La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española la cual se utilizó. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto – distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.

- Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: Hacer burlas o reírse de la situación estresante.

Cuestionario MOS de apoyo social.- Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un cuestionario auto – administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

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

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

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

- Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si el sujeto es neurótico o estable.
- Extraversión: Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio, mientras que puntuaciones bajas indican la

tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.

- Psicoticismo: El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

INDICACIONES GENERALES PARA LLENAR LOS INSTRUMENTOS

1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral.

Es una encuesta auto – administrada, busca recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados.

La forma de contestación en la primera y segunda parte de la encuesta (datos personales y datos laborales) es mediante la colocación de un visto o una cruz en la casilla correspondiente a la respuesta que el encuestado considere pertinente; en la última parte de la encuesta se busca recabar datos sobre la percepción de valoración y satisfacción en el trabajo por lo que se le presenta al profesional la posibilidad de escoger su respuesta marcando la numeración correspondiente en una escala de likert donde el valor 1 equivale a “nada valorado”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado” (la escala se presenta de la misma manera en el ítem de satisfacción que se encuentra adjunto). Además en este cuestionario existen preguntas en las cuales se mostrará una línea como esta: _____, cuya finalidad es que el encuestado llene el espacio según sea la respuesta. (Ver Anexo Nrº1)

2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory MBI

El MBI es un cuestionario auto administrado que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo.

En este instrumento se presentará al individuo 22 afirmaciones que permitirán valorar sus sentimientos y pensamientos acerca del trabajo y que deberán ser contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de likert que presenta 7 opciones de frecuencia. (Ver Anexo 1.2)

A continuación se presenta un ejemplo con la escala que indica la frecuencia y el número que corresponde:

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. ¿Me siento frustrado por mi trabajo?							

3. Cuestionario de Salud Mental GHC28

El GHC28 es un cuestionario de tipo auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general. Este instrumento presenta al individuo 28 preguntas y cada una de ellas 4 tipos de opciones de respuesta que varían desde afirmar que lo que se pregunta sucede mucho, bastante, no más de lo habitual o nunca; al lado izquierdo de cada una de las opciones de respuesta se encuentra una casilla o recuadro en la que el encuestado deberá marcar la opción que más se ajuste a su situación:

A continuación se presenta como ejemplo una de las preguntas de este cuestionario:

A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

1. No, en absoluto.
2. No más de lo habitual.
3. Bastante más que lo habitual.
4. Mucho más que lo habitual.

(Ver anexo 1.3)

4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Este inventario busca conocer la manera en la que el individuo responde ante el estrés o situaciones difíciles, presenta 22 afirmaciones en las que el tipo de respuesta se

encuentra en una escala de likert que varía desde el número 1 hasta el 4, tal como se presenta a continuación:

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. ¿He estado culpando a los demás de todos mis problemas?	1	2	3	4

(Ver anexo 1.4)

5. Cuestionario MOS de apoyo social

El cuestionario MOS de apoyo social es un instrumento auto administrado, que consta de un total de 20 ítems y dividido en dos partes:

La primera parte corresponde a la primera pregunta donde se pide al individuo que coloque una cantidad en números de cuántos amigos íntimos tiene y cuántos familiares cercanos posee.

La segunda parte comprende los ítems 2 hasta el 20 en donde el encuestado hará un visto o una cruz en la casilla correspondiente según frecuencia con la que tiene el tipo de apoyo mencionado en los ítems. (Ver anexo 1.5)

Ejemplo:

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

	1	2	3	4	5
1. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					

6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQ-R

Este instrumento es también auto aplicable y propone una serie que consta de 24 preguntas cuya finalidad es conocer el tipo de personalidad del encuestado. La

respuesta es de carácter dicotómico, es decir, sólo puede escoger entre dos opciones que este caso son: “sí” o “no”. Ejemplo:

Descripción	SÍ	NO
1. ¿Es usted una persona comunicativa?		

(Ver anexo 1.6)

5. PROCEDIMIENTO

Para el proceso de recolección de datos se procedió en primer lugar presentando la carta de solicitud emitida por la universidad ante los directores y coordinadores de las instituciones de salud Hospital-Clínica Kennedy y el Hospital del Seguro Social Teodoro Maldonado Carbo, ambos de la ciudad de Guayaquil. Junto con la carta de solicitud, se indicó los propósitos, tiempos de aplicación y requerimientos para el trabajo de recolección. (Ver anexo 2)

Para la aplicación de los cuestionarios a los médicos en el Hospital-Clínica Kennedy, designaron al Jefe de Médicos residentes del hospital para que apoyara convocando a los médicos residentes en el auditorio del hospital. En el día y la hora acordada, 21 médicos se hicieron presentes en dicho lugar. Primero, se le entregó a cada uno de ellos, un informativo sobre el tema de investigación que se estaba realizando y luego se les explicó el objetivo para el cual habían sido convocados enfatizando los aspectos éticos de confidencialidad de la información otorgada, asegurando el anonimato del encuestado.

De los 21 cuestionarios que llenaron los médicos, sólo se tomó en cuenta 18 puesto que tres de ellos dejaron algunas preguntas en blanco. También se adjuntó con los cuestionarios, un certificado que solicitaba el nombre, número de cédula, firma, número de teléfono y número del Registro del Ministerio de Salud Pública del profesional médico. El objetivo de este certificado era que el profesional manifestara haber participado completando los instrumentos para el programa de investigación. (Ver anexo 3)

La única dificultad que se presentó fue la observación de uno de los médicos que cuestionó la confidencialidad de los datos ya que en los cuestionarios se entregaron grapados y en la última hoja se solicitaba los datos anteriormente mencionados. En vista de que se encontraba en peligro la calidad de la información que necesitaba tomar de los profesionales, se accedió a separar la hoja de certificación del resto de los cuestionarios para que lo entregaran a parte.

En el anexo 4 encontrará el certificado emitido por el Jefe de Médicos Residentes del Hospital-Clínica Kennedy indicando la labor de recolección de datos que se realizó en la institución.

Para la aplicación de los cuestionarios a las enfermeras en el Hospital-Clínica Kennedy, designaron a la Jefa del Departamento de Enfermería para que apoyara entregando a las enfermeras que ella determinara, los sobres con los cuestionarios.

Se utilizó esta forma de entrega puesto que la jefa del departamento manifestó que no era posible convocarlas en un solo momento por la dificultad de sus horarios de trabajo. Luego de 20 días fueron entregados 5 sobres con los cuestionarios llenos.

La única dificultad que se presentó fue que la devolución de los sobres con los cuestionarios llenos sin la hoja de certificación de cada una de las enfermeras (anexo 3). En su lugar, el Jefe de enfermeras escribió en un solo certificado sus datos y el nombre de las enfermeras que participaron completando los cuestionarios. Justificó este procedimiento como un mecanismo para asegurar la confidencialidad de las enfermeras.

En el anexo 5 encontrará el certificado emitido por el Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital-Clínica Kennedy indicando la labor de recolección de datos que se realizó en la institución.

Los 10 cuestionarios restantes correspondientes a las enfermeras fueron llenados gracias a la colaboración de la Coordinadora del Centro de Diálisis del Hospital del Seguro Teodoro Maldonado Carbo quién entregó a algunos de sus colaboradores los sobres con los cuestionarios. Estos fueron retornados correctamente llenados al día siguiente de ser entregados sin que se presente ningún inconveniente.

En el anexo 6 encontrará el certificado emitido por la Coordinadora del Centro de Diálisis Kennedy indicando la labor de recolección de datos que se realizó en la institución.

6. RESULTADOS OBTENIDOS

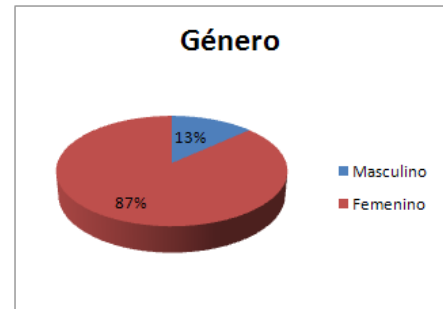
6.1 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL

Género (Médicos)

Tabla 1

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	2	13,3333333
Femenino	13	86,6666667
TOTAL	15	100

Figura 1



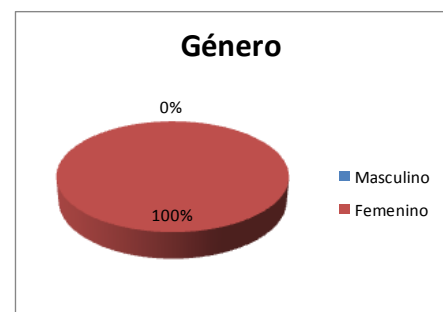
El mayor número de médicos encuestados fueron mujeres.

Género (Médicos)

Tabla 2

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	0	0
Femenino	3	100
TOTAL	3	100

Figura 2

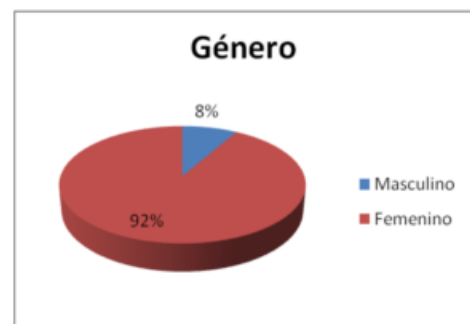


Género (Enfermeras)

Tabla 3

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	8,33333333
Femenino	11	91,6666667
TOTAL	12	100

Figura 3



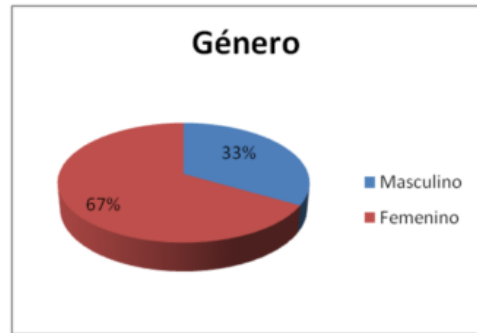
El mayor número de enfermeras encuestadas fueron mujeres.

Género (Enfermeras)

Tabla 4

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	33,3333333
Femenino	2	66,6666667
TOTAL	3	100

Figura 4



Estos resultados indican que tanto hombres como mujeres son susceptibles al síndrome.

Edad- vivienda (Médicos)

Tabla 5

PROMEDIO DE EDAD:	30,9333333
--------------------------	------------

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

Figura 5



La mayor parte de los médicos encuestados tienen un promedio de 30 años, lo que significa poca experiencia en el ámbito profesional de la medicina.

Edad- vivienda (Médicos)

Tabla 6

PROMEDIO DE EDAD:	28,6666667
--------------------------	------------

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	3	100
Rural	0	0
TOTAL	3	100

Figura 6



Edad-vivienda (Enfermeras)

Tabla 7

PROMEDIO DE EDAD:	47,6666667
--------------------------	------------

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	12	100
Rural	0	0
TOTAL	12	100

Figura 7



El mayor porcentaje de grupos de enfermeras lleva más de 10 años de experiencia lo que significa que conocen la realidad de los centros hospitalarios.

Edad-vivienda (Enfermeras)

Tabla 8

PROMEDIO DE EDAD:	36
--------------------------	----

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	3	100
Rural	0	0
TOTAL	3	100

Figura 8



Estos resultados nos indican que no podemos afirmar que a mayor edad, menor probabilidad hay de padecer el síndrome puesto que dentro de este grupo promedio hay personas mayores a 40 años.

Estado civil (Médicos)

Tabla 9

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	13	86,6666667
Casado	2	13,3333333
Viudo	0	0
Divor/sepa	0	0
Unión libre	0	0
TOTAL	15	100

Figura 9



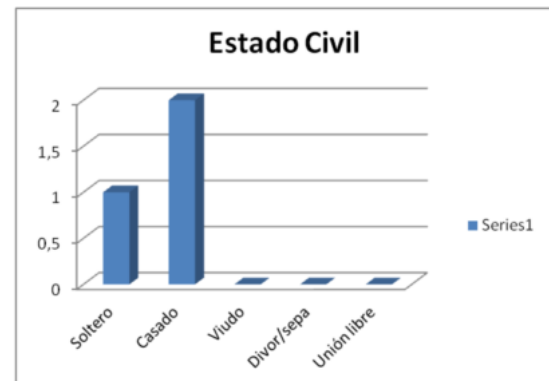
La mayor parte de los médicos encuestados eran solteros, por lo tanto no podemos afirmar que los solteros son el grupo más o menos vulnerable al síndrome.

Estado civil (Médicos)

Tabla 10

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	1	33,3333333
Casado	2	66,6666667
Viudo	0	0
Divor/sepa	0	0
Unión libre	0	0
TOTAL	3	100

Figura 10



Estos resultados afirman la teoría de que no hay consensos sobre si los casados o los solteros son los más afectados por el síndrome.

Estado civil (Enfermeras)

Tabla 11

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	3	25
Casado	7	58,3333333
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	8,33333333
Unión libre	1	8,33333333
TOTAL	12	100

Figura 11



Un número considerable de enfermeras son casadas, seguido por solteras, divorciadas o separadas, una muestra de investigación bastante heterogénea para conocer cómo afectan estas variables.

(Estado civil) - Enfermeras

Tabla 12

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	0	0
Casado	2	66,6666667
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	33,3333333
Unión libre	0	0
TOTAL	3	100

Figura 12

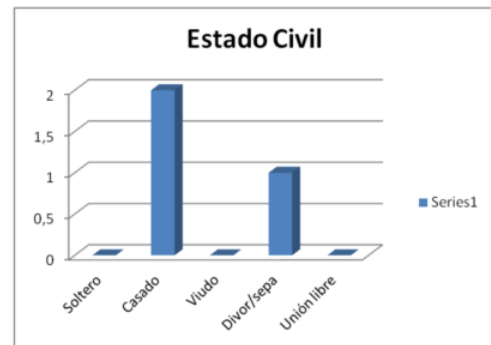
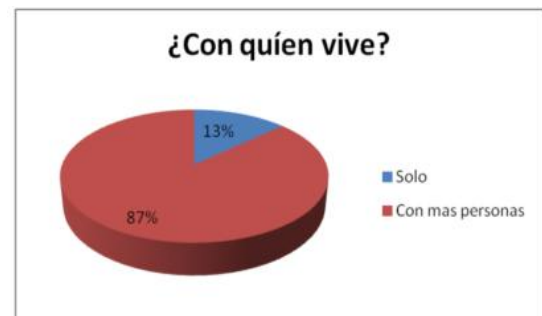
**Núm. hijos- con quién vive (Médicos)**

Tabla 13

PROMEDIO DE HIJOS:	0,33333333
---------------------------	------------

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

Figura 13



La mayor parte de los médicos viven con sus familias lo que significa que la mayoría recibe apoyo económico y social bajo el cuidado de padres u otros familiares probablemente.

Núm. hijos- con quién vive (Médicos)

Tabla 14

PROMEDIO DE HIJOS:	1
---------------------------	---

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	0	0
Con mas per	3	100
TOTAL	3	100

Figura 14



Núm. hijos- con quién vive (Enfermeras)

Tabla 15

PROMEDIO DE HIJOS:	1,91666667
---------------------------	------------

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	1	8,33333333
Con mas per	11	91,6666667
TOTAL	12	100

Figura 15



Las enfermeras tienen una carga de responsabilidad mayor por el número de hijos que tienen aunque este factor por sí solo no determina la gravedad del síndrome.

Núm. hijos- con quién vive (Enfermeras)

Tabla 16

PROMEDIO DE HIJOS:	2
---------------------------	---

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	0	0
Con mas per	3	100
TOTAL	3	100

Figura 16

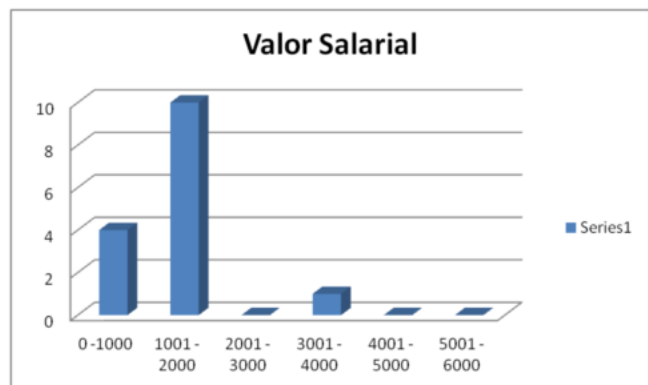


Valor salarial (Médicos)

Tabla 17

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	4	26,6666667
1001 -2000	10	66,6666667
2001 -	0	0
3001 -	1	6,66666667
4001 -	0	0
5001 -	0	0
TOTAL	15	100

Figura 17



Valor salarial (Médicos)

Tabla 18





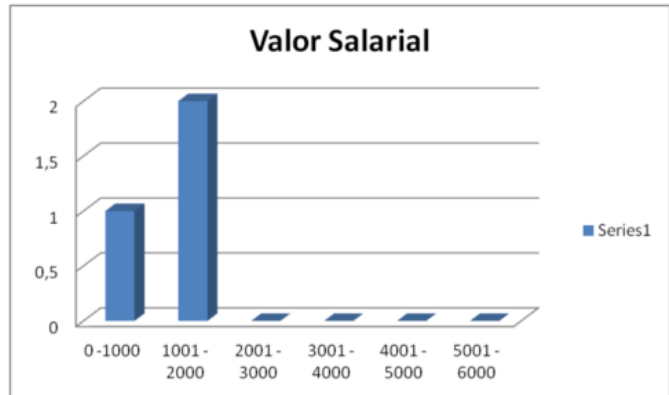
VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	1	33,3333333
1001 -2000	2	66,6666667
 2001 -	0	0
 3001 -	0	0
 4001 -	0	0
 5001 -	0	0
TOTAL	3	100

Figura 18



Valor salarial (Enfermeras)

Tabla 19





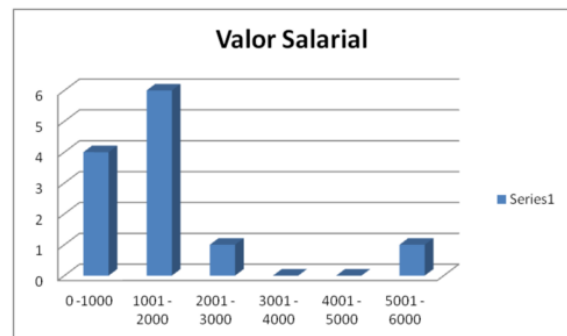
VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	4	33,3333333
1001 -2000	6	50
 2001 -	1	8,33333333
 3001 -	0	0
 4001 -	0	0
 5001 -	1	8,33333333
TOTAL	12	100

Figura 19



Valor salarial (Enfermeras)

Tabla 20





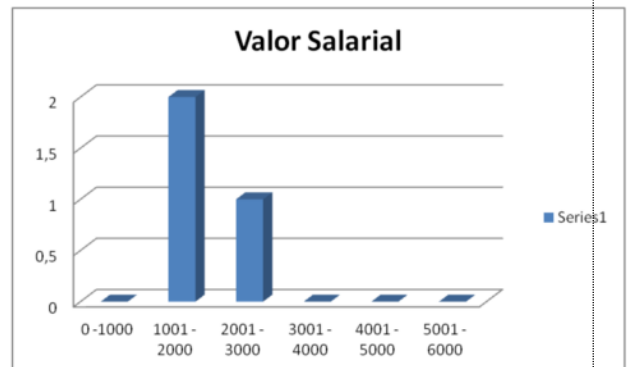
VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	0	0
1001 -2000	2	66,6666667
 2001 -	1	33,3333333
 3001 -	0	0
 4001 -	0	0
 5001 -	0	0
TOTAL	3	100

Figura 20



Promedio años de trabajo-tipo trabajo (Médicos)

Tabla 21

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	4,14285714
-------------------------------------	------------

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

Figura 21



La mayor parte de los médicos tienen pocos años de experiencia profesional lo que significa también poca experiencia en el conocimiento de la realidad de su profesión.

Promedio años de trabajo-tipo trabajo (Médicos)

Tabla 22

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	3,33333333
-------------------------------------	------------

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	3	100
T. Parcial	0	0
TOTAL	3	100

Figura 22



Los pocos años de experiencia en estos jóvenes médicos nos permitirán más tarde confirmar la teoría si son el grupo más propensos están a sufrir el síndrome debido al choque con sus altas expectativas al inicio de su carrera.

Promedio años de trabajo-tipo trabajo (Enfermeras)

Tabla 23

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	22,6363636
-------------------------------------	------------

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	7	58,3333333
T. Parcial	5	41,6666667
TOTAL	12	100

Figura 23



Promedio años de trabajo-tipo trabajo (Enfermeras)

Tabla 24

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	11,33333333
-------------------------------------	--------------------

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	3	100
T. Parcial	0	0
TOTAL	3	100

Figura 24



Las enfermeras son el grupo de mayor experiencia con más de 10 años. Esto nos permitirá comprobar más tarde cuánta influencia tiene este factor según las teorías existentes.

Sector de trabajo (Médicos)

Tabla 25

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	2	13,33333333
Privado	11	73,33333333
Ambos	2	13,33333333
TOTAL	15	100

Figura 25



La mayor parte de los médicos encuestados pertenecen al sector privado y un menor porcentaje al público lo que nos permite analizar dos realidades diferentes.

Sector de trabajo (Médicos)

Tabla 26

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	0	0
Privado	3	100
Ambos	0	0
TOTAL	3	100

Figura 26

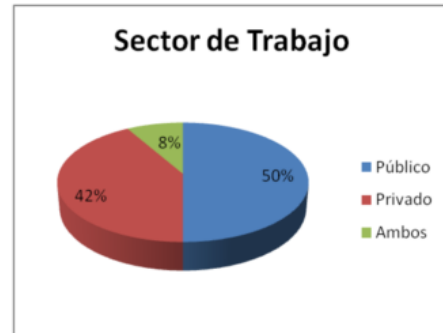


Sector de trabajo (Enfermeras)

Tabla 27

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	6	50
Privado	5	41,6666667
Ambos	1	8,33333333
TOTAL	12	100

Figura 27



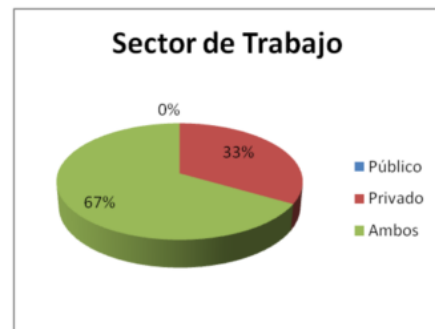
En el caso de las enfermeras, la mitad pertenece al sector privado, la otra mitad al público, y un pequeño porcentaje a ambos. Esta heterogeneidad nos permitirá conocer cómo influye este factor en el síndrome.

Sector de trabajo (Enfermeras)

Tabla 28

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	0	0
Privado	1	33,33333333
Ambos	2	66,6666667
TOTAL	3	100

Figura 28



Un pequeño grupo de enfermeras trabajan en ambos sectores, público y privado lo que significa una mayor carga horaria y niveles de trabajo excesivos.

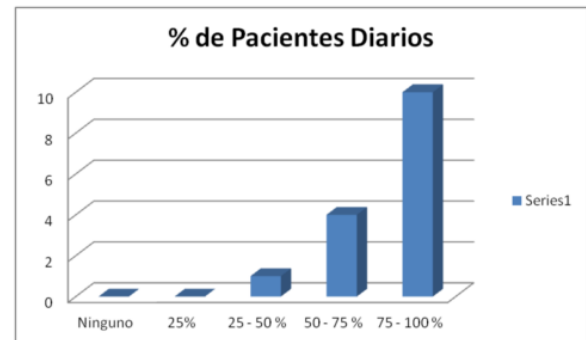
Promedio de guardias nocturnas-porcentaje pacientes diarios (Médicos)

Tabla 29

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	18,6
DÍAS	2

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	1	6,6666667
50 - 75 %	4	26,6666667
75 - 100 %	10	66,6666667
TOTAL	15	100

Figura 29



La mayoría atiende un número de horas de guardia entre 19 a 24 horas más un porcentaje elevado de pacientes que atender lo que significa mayor propensión al desgaste y al stress.

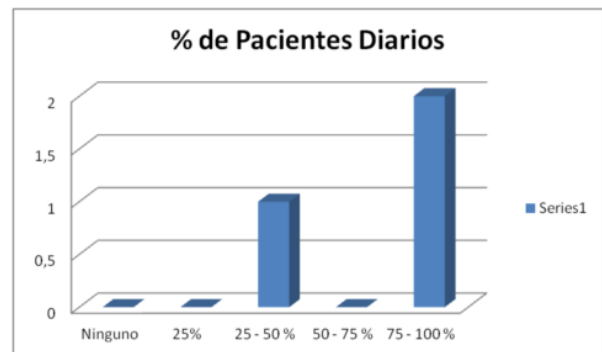
Promedio de guardias nocturnas-porcentaje pacientes diarios (Médicos)

Tabla 30

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	24
DÍAS	2

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	1	33,3333333
50 - 75 %	0	0
75 - 100 %	2	66,6666667
TOTAL	3	100

Figura 30



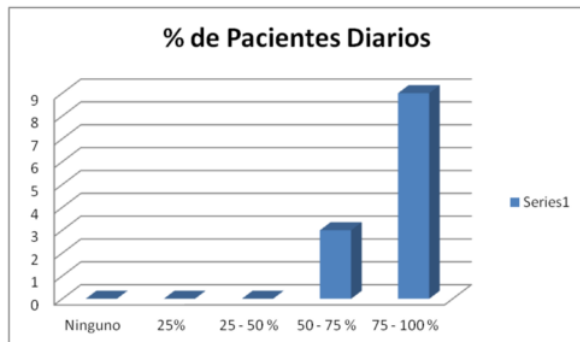
Promedio de guardias nocturnas-porcentaje pacientes diarios (Enfermeras)

Tabla 31

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	4,16666667
DÍAS	0

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	3	25
75 - 100 %	9	75
TOTAL	12	100

Figura 31



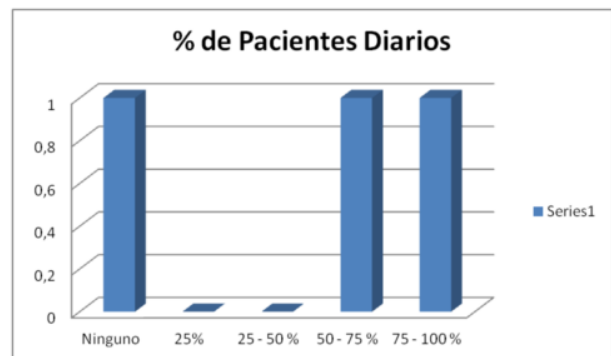
Promedio de guardias nocturnas-porcentaje pacientes diarios (Enfermeras)

Tabla 32

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	2
DÍAS	0

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	1	33,3333333
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	1	33,3333333
75 - 100 %	1	33,3333333
TOTAL	3	100

Figura 32



La enfermeras tienen que realizar menos horas de guardia nocturnas lo que las protege de un mayor desgaste físico y emocional. También se destaca una enfermera que no trata con pacientes, en su lugar tiene que interactuar con el personal médico, lo que indica que posee una labor de jefatura o dirección de enfermeras.

Recursos necesarios (Médicos)

Tabla 33

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

Figura 33



La mayor parte de los médicos se sienten total o medianamente satisfechos con los recursos de la institución donde trabaja, lo que significa que este no es un factor que esté afectando directamente al síndrome.

Recursos necesarios (Médicos)

Tabla 34

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	1	33,3333333
Medianamente	2	66,6666667
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	3	100

Figura 34



Recursos necesarios (Enfermeras)

Tabla 35

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	5	41,6666667
Medianamente	7	58,3333333
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	12	100

Figura 35



Recursos necesarios (Enfermeras)

Tabla 36

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	1	33,3333333
Medianamente	2	66,6666667
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	3	100

Figura 36



Las enfermeras en su mayoría al igual que los médicos se sienten satisfechos total y medianamente con los recursos que poseen, lo que indica que este no es uno de los factores que ha incidido directamente en la aparición del síndrome.

¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? (Médicos)

Tabla 37

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,6666667
Bastante	11	73,3333333
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

Figura 37



¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? (Médicos)

Tabla 38

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,3333333
Bastante	2	66,6666667
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 38



En las muestra total, dos médicos se sienten poco valorados por los pacientes, lo que significa que se sienten poco complacidos con el trabajo que entregan.

¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? (Enfermeras)

Tabla 39

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	8	66,6666667
Totalmente	4	33,3333333
TOTAL	12	100

Figura 39



¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? (Enfermeras)

Tabla 40

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,3333333
Bastante	2	66,6666667
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 40



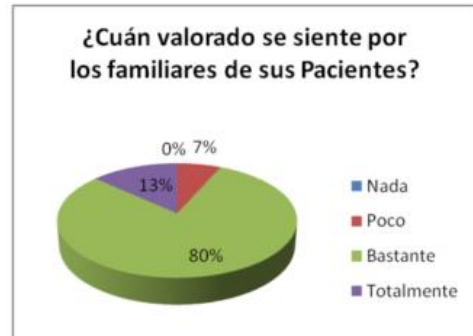
Estos resultados demuestran que la valoración del trabajo es un factor clave en la presencia del síndrome tanto en médicos como enfermeras.

¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? (Médicos)

Tabla 41

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,6666667
Bastante	12	80
Totalmente	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Figura 41

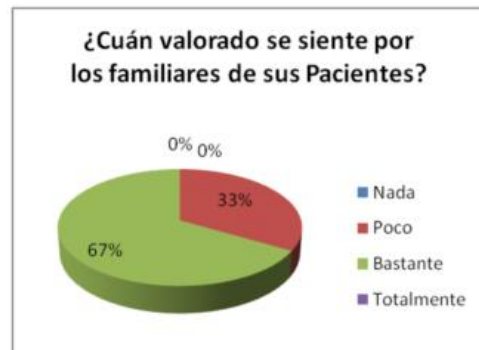


¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? (Médicos)

Tabla 42

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,33333333
Bastante	2	66,66666667
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 42



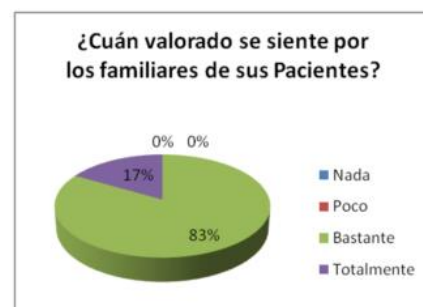
Los resultados de la valoración por parte de los familiares de los pacientes coincide con la valoración que perciben de sus pacientes, lo que puede significar poca satisfacción en su trabajo.

¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? (Enfermeras)

Tabla 43

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	10	83,33333333
Totalmente	2	16,66666667
TOTAL	12	100

Figura 43



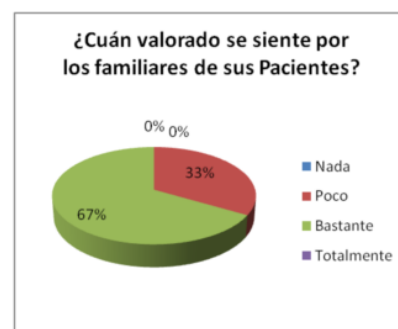
Este grupo de enfermeras se sienten bastante satisfechas con la valoración de los familiares de sus pacientes, lo que puede traducirse en un mejor trato y disposición hacia los pacientes que atienden.

¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? (Enfermeras)

Tabla 44

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,33333333
Bastante	2	66,66666667
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 44



Un grupo pequeño pero no menos importante percibe que no son valoradas ni por sus pacientes ni por sus familiares lo que significa poca motivación hacia su labor.

¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución? (Médicos)

Tabla 45

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

Figura 45



¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución? (Médicos)

Tabla 46

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,33333333
Bastante	1	33,33333333
Totalmente	1	33,33333333
TOTAL	3	100

Figura 46



Un grupo considerable de médicos se encuentra poco o nada satisfecho con la valoración de los directivos, lo que significa que este grupo está propenso a niveles de insatisfacción que pueden conducir a aumentar los niveles del síndrome.

¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución? (Enfermeras)

Tabla 47

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	10	83,33333333
Totalmente	2	16,66666667
TOTAL	12	100

Figura 47



A diferencia de los médicos, la mayoría de las enfermeras se sienten bastante satisfechas con el apoyo de los directivos lo que indica que este no es un factor que esté afectando en la gravedad del síndrome.

¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución? (Enfermeras)

Tabla 48

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,3333333
Bastante	1	33,3333333
Totalmente	1	33,3333333
TOTAL	3	100

Figura 48

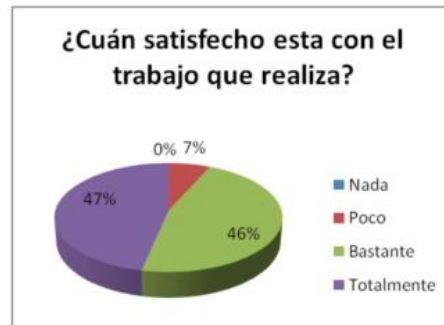


¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? (Médicos)

Tabla 49

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,6666667
Bastante	7	46,6666667
Totalmente	7	46,6666667
TOTAL	15	100

Figura 49



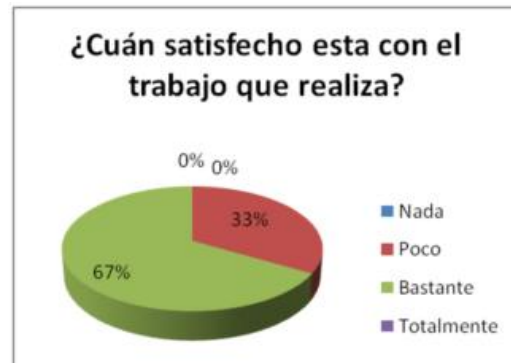
En esta tabla se repite la escasa valoración que algunos perciben en su lugar de trabajo así como escasa satisfacción en lo que realiza lo que significa que puede significar que este grupo sea el más propenso a sufrir en poco tiempo las consecuencias del síndrome en altos niveles.

¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? (Médicos)

Tabla 50

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,3333333
Bastante	2	66,6666667
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 50



Estos resultados demuestran que la satisfacción en el trabajo puede estar muy relacionada con la poca valoración percibida por sus pacientes y directivos.

¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? (Enfermeras)

Tabla 51

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	33,3333333
Totalmente	8	66,6666667
TOTAL	12	100

Figura 51



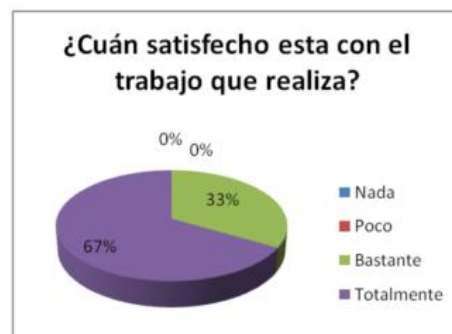
Estos resultados demuestran que aunque las enfermeras no sienten que son valoradas por su trabajo, ellas se sienten satisfechas con la labor que realizan.

¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? (Enfermeras)

Tabla 52

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	33,3333333
Totalmente	2	66,6666667
TOTAL	3	100

Figura 52

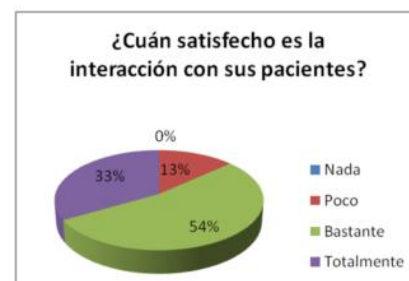


¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? (Médicos)

Tabla 53

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,3333333
Bastante	8	53,3333333
Totalmente	5	33,3333333
TOTAL	15	100

Figura 53



Estos resultados coinciden con la poca valoración que sienten de sus pacientes lo que confirma la presencia de un malestar que está afectando a su labor profesional.

¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? (Médicos)

Tabla 54

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,3333333
Bastante	2	66,6666667
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 54

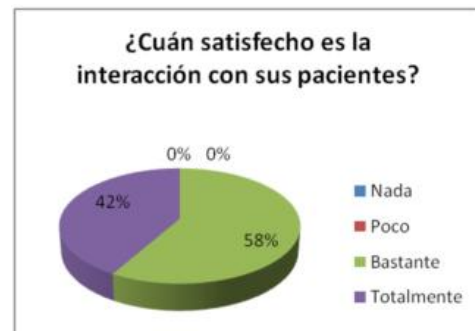


¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? (Enfermeras)

Tabla 55

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	58,3333333
Totalmente	5	41,6666667
TOTAL	12	100

Figura 55



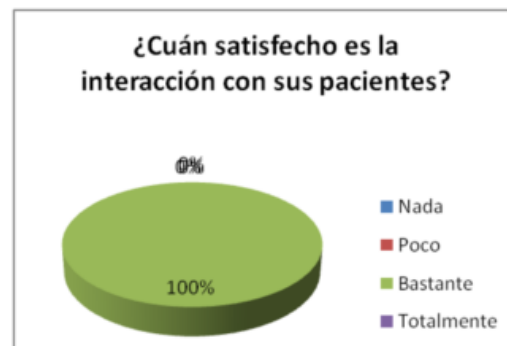
El mayor porcentaje de enfermeras se siente muy satisfecho con la interacción de sus pacientes lo que significa que este factor no está afectando directamente al síndrome.

¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? (Enfermeras)

Tabla 56

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	3	100
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 56



¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de su institución? (Médicos)

Tabla 57

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,66666667
Poco	5	33,3333333
Bastante	5	33,3333333
Totalmente	4	26,6666667
TOTAL	15	100

Figura 57



Estos resultados muestran la presencia de un malestar frente al apoyo directivo, situación que los médicos pueden traducir como poca valoración a su trabajo.

¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de su institución? (Médicos)

Tabla 58

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	66,6666667
Bastante	1	33,3333333
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 58



¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de su institución? (Enfermeras)

Tabla 59

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	25
Bastante	4	33,3333333
Totalmente	5	41,6666667
TOTAL	12	100

Figura 59



Estos resultados indican que la mayoría de las enfermeras perciben un apoyo positivo de parte de los directivos lo que indica que este factor no está afectando directamente a la aparición de dicho síndrome.

**¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de su institución?
(Enfermeras)**

Tabla 60

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	2	66,6666667
Totalmente	1	33,3333333
TOTAL	3	100

Figura 60



**¿Cuán satisfecho está con la colaboración entre colegas de su institución?
(Médicos)**

Tabla 61

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

Figura 61



Estos resultados demuestran que al menos tres sienten poca colaboración entre colegas, estos resultados coinciden muy de cerca con los porcentajes anteriores de satisfacción en el trabajo lo que indica un malestar general en su profesión.

**¿Cuán satisfecho está con la colaboración entre colegas de su institución?
(Médicos)**

Tabla 62

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	66,6666667
Bastante	1	33,3333333
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 62

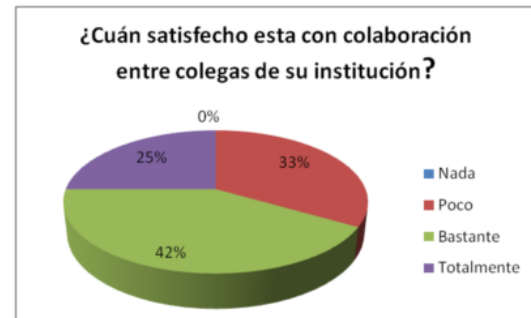


¿Cuán satisfecho está con la colaboración entre colegas de su institución? (Enfermeras)

Tabla 63

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	33,3333333
Bastante	5	41,6666667
Totalmente	3	25
TOTAL	12	100

Figura 63



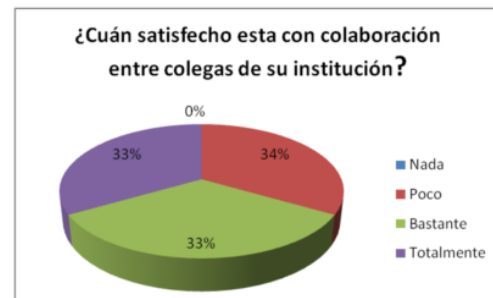
Estos resultados indican que un pequeño porcentaje presenta malestar hacia sus compañeros de trabajo lo que puede incidir en el desempeño de su labor.

¿Cuán satisfecho está con la colaboración entre colegas de su institución? (Enfermeras)

Tabla 64

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	33,3333333
Bastante	1	33,3333333
Totalmente	1	33,3333333
TOTAL	3	100

Figura 64



¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? (Médicos)

Tabla 65

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	20
Bastante	6	40
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100

Figura 65



¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? (Médicos)

Tabla 66

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 66



Estos resultados demuestran cómo algunos médicos perciben que su trabajo poco ha aportado a su experiencia profesional lo que indica probablemente un desencanto en cuanto a sus expectativas iniciales.

¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? (Enfermeras)

Tabla 67

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	3	25
Totalmente	9	75
TOTAL	12	100

Figura 67

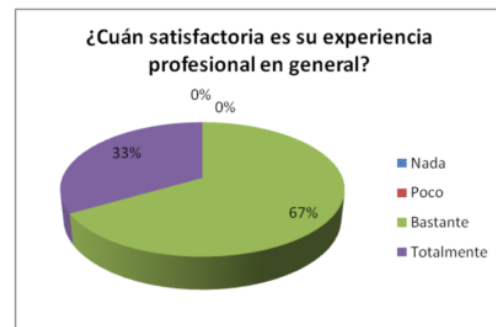


¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? (Enfermeras)

Tabla 68

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	2	66,6666667
Totalmente	1	33,3333333
TOTAL	3	100

Figura 68



Ya que la mayoría de las enfermeras tienen más de 15 años de experiencia, la satisfacción de lo que aportado su trabajo a sus conocimientos es bastante satisfactoria.

¿Cuán satisfecho está con su economía? (Médicos)

Tabla 69

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	6	40
Bastante	6	40
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

Figura 69



¿Cuán satisfecho está con su economía? (Médicos)

Tabla 70

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	33,33333333
Poco	2	66,66666667
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	3	100

Figura 70



La mayoría de los médicos perciben que sus ingresos no satisfacen sus necesidades lo que puede significar que ellos sientan que su trabajo es poco valorado.

¿Cuán satisfecho está con su economía? (Enfermeras)

Tabla 71

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	8,33333333
Poco	1	8,33333333
Bastante	4	33,33333333
Totalmente	6	50
TOTAL	12	100

Figura 71



Estos datos demuestran que las enfermeras se sienten satisfechas con su economía lo que puede significar que ellas perciben que sus ingresos van acorde al trabajo que entregan.

¿Cuán satisfecho está con su economía? (Enfermeras)

Tabla 72

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	33,3333333
Totalmente	2	66,6666667
TOTAL	3	100

Figura 72



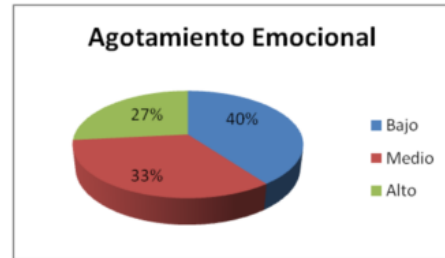
6.2 CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Médicos con niveles bajo y medio de Burnout (Agotamiento emocional)

Tabla 73

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	6	40
Medio	5	33,3333333
Alto	4	26,6666667
TOTAL	15	100

Figura 73



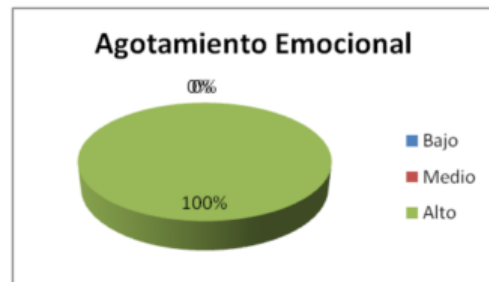
Estos valores indican que existen un grupo bastante propenso a padecer en poco tiempo altos niveles del síndrome. Urge tomar medidas de prevención.

Médicos con niveles altos de Burnout (Agotamiento emocional)

Tabla 74

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	3	100
TOTAL	3	100

Figura 74

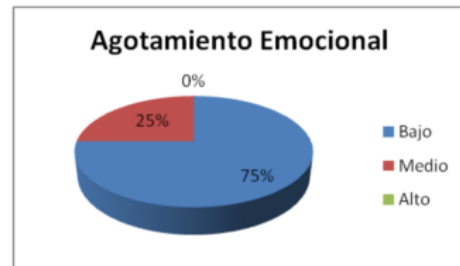


Enfermeras con niveles bajo y medio de Burnout (Agotamiento emocional)

Tabla 75

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	9	75
Medio	3	25
Alto	0	0
TOTAL	12	100

Figura 75



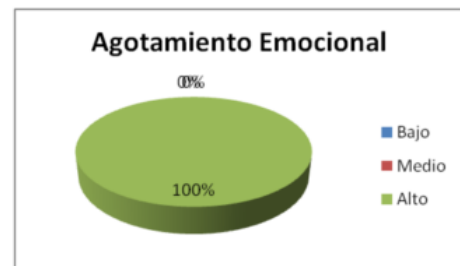
En las enfermeras existe una mediana vulnerabilidad a desarrollar mayores niveles de agotamiento emocional.

Enfermeras con niveles altos de Burnout (Agotamiento emocional)

Tabla 76

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	3	100
TOTAL	3	100

Figura 76



Estos resultados demuestran cómo las enfermeras con niveles altos de burnout están agotadas emocionalmente en un 100%

Médicos con niveles bajo y medio de Burnout (Despersonalización)

Tabla 77

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	13	86,6666667
Medio	2	13,3333333
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Figura 77



Los médicos muestran una baja vulnerabilidad para desarrollar actitudes de distanciamiento y frialdad hacia sus pacientes.

Médicos con niveles altos de Burnout (Despersonalización)

Tabla 78

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	3	100
TOTAL	3	100

Figura 78



Los resultados demuestran que un número pequeño pero no menos importante está afectado en el trato con sus pacientes. Lo que significa actitudes hostiles y distantes hacia ellos.

Enfermeras con niveles bajo y medio de Burnout (Despersonalización)

Tabla 79

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	11	91,6666667
Medio	0	0
Alto	1	8,33333333
TOTAL	12	100

Figura 79



Estos resultados demuestran que las enfermeras tienen una baja vulnerabilidad a padecer síntomas de despersonalización.

Enfermeras con niveles altos de Burnout (Despersonalización)

Tabla 80

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	3	100
TOTAL	3	100

Figura 80



Estos resultados demuestran que un porcentaje pequeño pero no menos importante está afectado en niveles altos de despersonalización lo que significa una mala predisposición hacia sus pacientes.

Médicos con niveles bajo y medio de Burnout (Realización personal)

Tabla 81

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

Figura 81



La realización personal aparentemente, es el único factor que no se encuentra afectado a pesar de los niveles medios y altos del burnout.

Médicos con niveles altos de Burnout (Realización personal)

Tabla 82

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	3	100
TOTAL	3	100

Figura 82



Enfermeras con niveles bajo y medio de Burnout (Realización personal)

Tabla 83

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	1	8,33333333
Medio	1	8,33333333
Alto	10	83,33333333
TOTAL	12	100

Figura 83



Estos resultados indican la presencia de pocos casos pero no menos significativos de altos niveles de burnout en todas sus dimensiones.

Enfermeras con niveles altos de Burnout (Realización personal)

Tabla 84

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	3	100
TOTAL	3	100

Figura 84



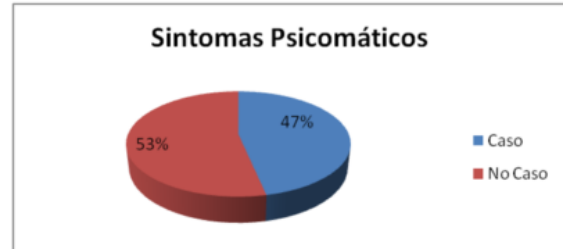
6.3 CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHC28)

Síntomas psicossomáticos (Médicos)

Tabla 85

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	7	46,6667
No Caso	8	53,3333
TOTAL	15	100

Figura 85



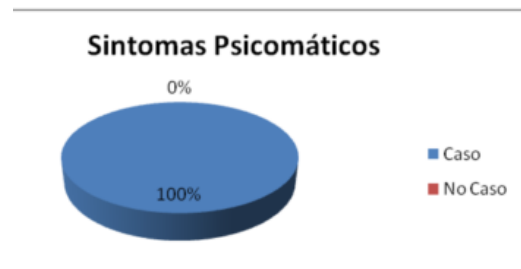
Estos resultados indican la alta vulnerabilidad que existe en este grupo a sufrir síntomas psicossomáticos como dolores de cabeza y malestar físico general.

Síntomas psicossomáticos (Médicos)

Tabla 86

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	3	100
No Caso	0	0
TOTAL	3	100

Figura 86



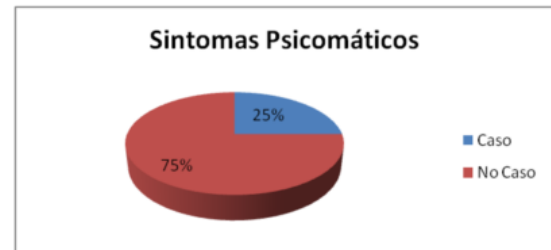
Los médicos con altos niveles de burnout están afectados seriamente en su salud lo que puede significar un bajo rendimiento en su trabajo.

Síntomas psicossomáticos (Enfermeras)

Tabla 87

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	3	25
No Caso	9	75
TOTAL	12	100

Figura 87



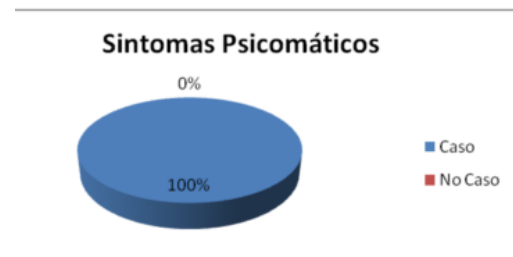
Las enfermeras también muestran una alta vulnerabilidad a sufrir síntomas psicossomáticos. Es un factor que está afectando a la mitad de la muestra encuestada.

Síntomas psicossomáticos (Enfermeras)

Tabla 88

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	3	100
No Caso	0	0
TOTAL	3	100

Figura 88

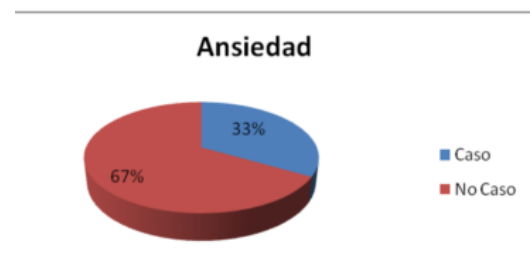


Ansiedad (Médicos)

Tabla 89

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

Figura 89



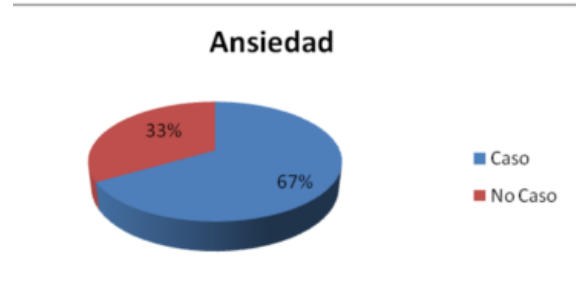
Estos resultados demuestran que la ansiedad aunque en niveles menores que los síntomas psicossomáticos también se encuentra presente en casi la mitad de la muestra de médicos. Esto significa niveles de stress que pueden afectar negativamente a su labor.

Ansiedad (Médicos)

Tabla 90

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	2	66,6666667
No Caso	1	33,3333333
TOTAL	3	100

Figura 90

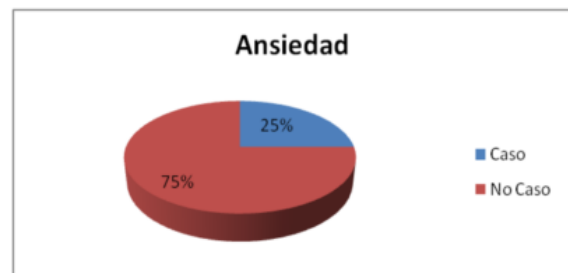


Ansiedad (Enfermeras)

Tabla 91

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	3	25
No Caso	9	75
TOTAL	12	100

Figura 91



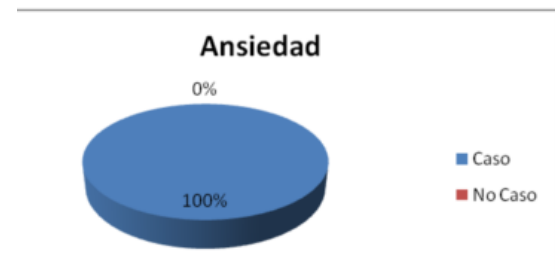
Estos valores demuestran que las enfermeras están afectadas en la misma medida tanto físicamente como en grados de ansiedad. Lo que puede conducir a altos niveles de stress.

Ansiedad (Enfermeras)

Tabla 92

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	3	100
No Caso	0	0
TOTAL	3	100

Figura 92



Disfunción social (Médicos)

Tabla 93

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

Figura 93



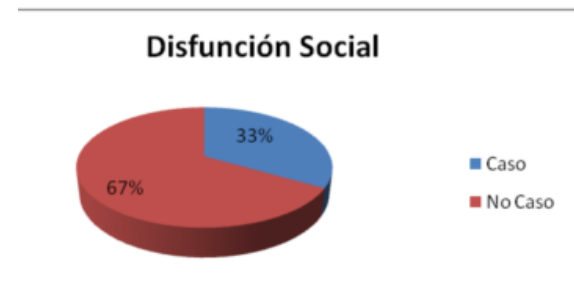
Estos resultados indican la baja vulnerabilidad de los médicos hacia conductas que signifiquen un bajo desempeño, responsabilidad y correcta ejecución de su labor profesional.

Disfunción social (Médicos)

Tabla 94

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	1	33,3333333
No Caso	2	66,6666667
TOTAL	3	100

Figura 94



Este resultado indica que existe un caso puntual de un médico que se encuentra afectado casi en todas las subescalas de este cuestionario. Es importante tomar medidas de prevención

Disfunción social (Enfermeras)

Tabla 95

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	12	100
TOTAL	12	100

Figura 95



La disfunción social es un factor que no parece afectar a las enfermeras lo que significa que su trabajo tiene buenos niveles de desempeño y responsabilidad.

Disfunción social (Enfermeras)

Tabla 96

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	3	100
TOTAL	3	100

Figura 96

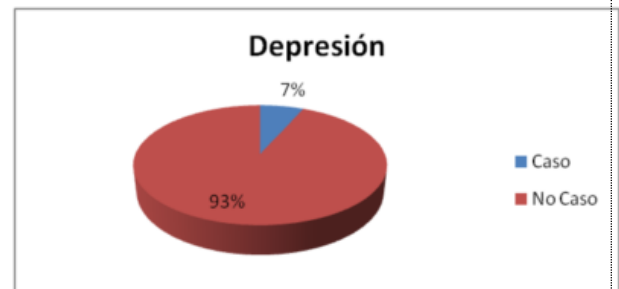


Depresión (Médicos)

Tabla 97

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	1	6,66667
No Caso	14	93,3333
TOTAL	15	100

Figura 97



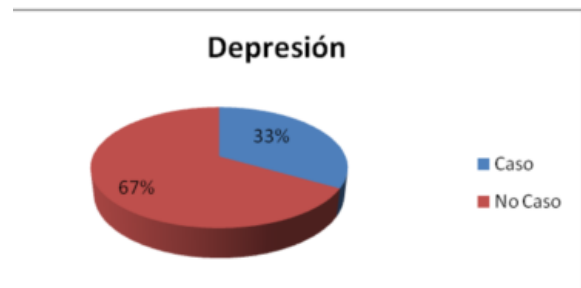
Estos resultados demuestran una baja vulnerabilidad hacia este factor aunque dos médicos de la muestra se encuentran afectados.

Depresión (Médicos)

Tabla 98

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	1	33,3333333
No Caso	2	66,6666667
TOTAL	3	100

Figura 98



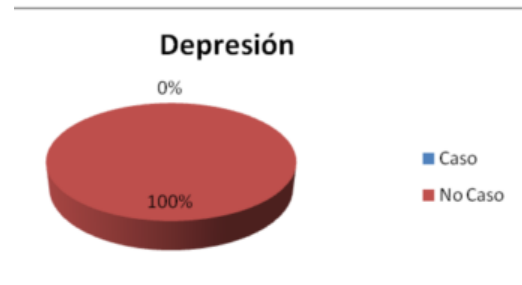
La depresión no parece afectar seriamente al grupo de médicos encuestados.

Depresión (Enfermeras)

Tabla 99

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	12	100
TOTAL	12	100

Figura 99



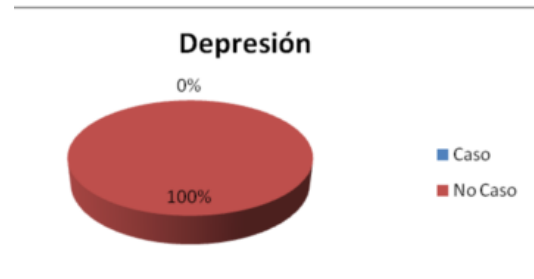
Los resultados demuestran que no hay presencia de depresión en ninguna de las enfermeras encuestadas lo que significa la escasa vulnerabilidad a padecer este malestar.

Depresión (Enfermeras)

Tabla 100

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	3	100
TOTAL	3	100

Figura 100



6.4 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Tabla 101
Estrategias de afrontamiento (Médicos)

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	66
Afrontamiento Activo	78
Negación	39
Uso de Sustancias	32
Uso del Apoyo Emocional	44
Uso de Apoyo Instrumental	51
Retirada de Comportamiento	39
Desahogo	46
Replanteamiento Positivo	61
Planificación	66
Humor	49
Aceptación	77
Religión	71
Culpa a Sí Mismo	49

Los resultados estadísticos de estos datos me indican que la mayoría de los médicos y enfermeras usan estrategias de afrontamiento activas, tanto directas como indirectas, las más utilizadas, son: Religión, Afrontamiento activo, Aceptación, Planificación.

Figura 101
Estrategias de afrontamiento (Médicos)

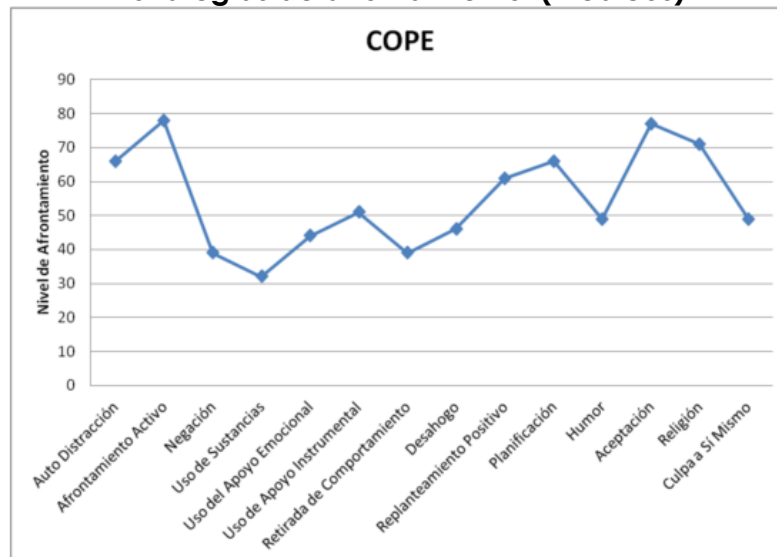


Tabla 102
Estrategias de afrontamiento (Médicos)

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	10
Afrontamiento Activo	17
Negación	8
Uso de Sustancias	6
Uso del Apoyo Emocional	11
Uso de Apoyo Instrumental	12
Retirada de Comportamiento	10
Desahogo	10
Replanteamiento Positivo	19
Planificación	19
Humor	9
Aceptación	18
Religión	19
Culpa a Sí Mismo	15

Estos resultados indican que las estrategias de este grupo van orientadas a confrontar o intentar cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, buscando apoyo especialmente en las creencias espirituales.

Figura 102
Estrategias de afrontamiento (Médicos)

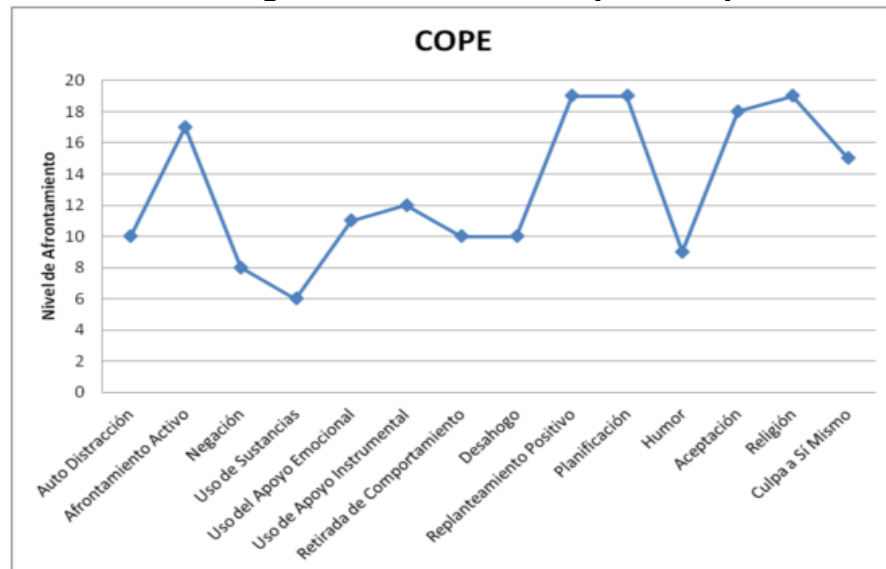


Tabla 103
Estrategias de afrontamiento (Enfermeras)

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	38
Afrontamiento Activo	46
Negación	29
Uso de Sustancias	25
Uso del Apoyo Emocional	31
Uso de Apoyo Instrumental	36
Retirada de Comportamiento	28
Desahogo	33
Replanteamiento Positivo	39
Planificación	45
Humor	37
Aceptación	42
Religión	52
Culpa a Sí Mismo	38

Si bien este grupo utiliza estrategias de afrontamiento activo, también se destaca de manera especial en casi la mayoría de las enfermeras el uso de la auto distracción como un estilo de afrontamiento.

Figura 103
Estrategias de afrontamiento (Enfermeras)

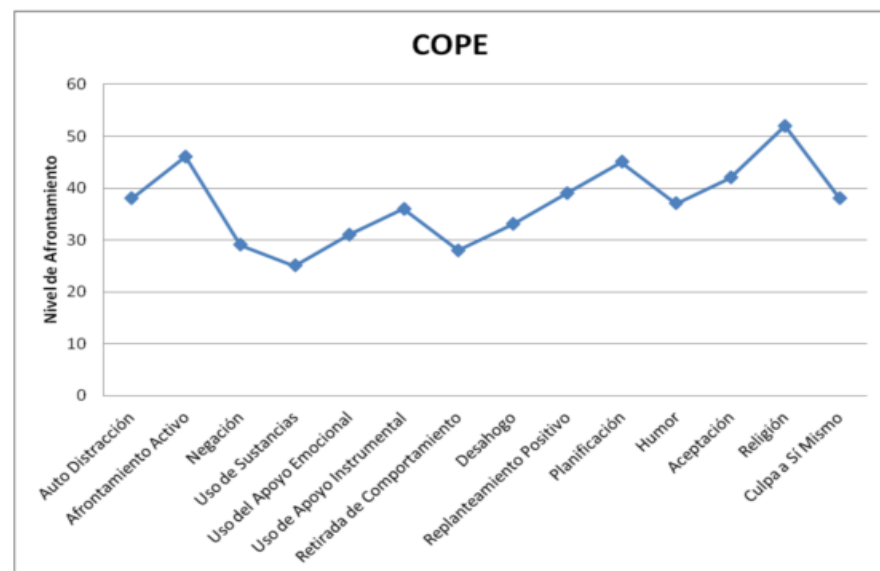
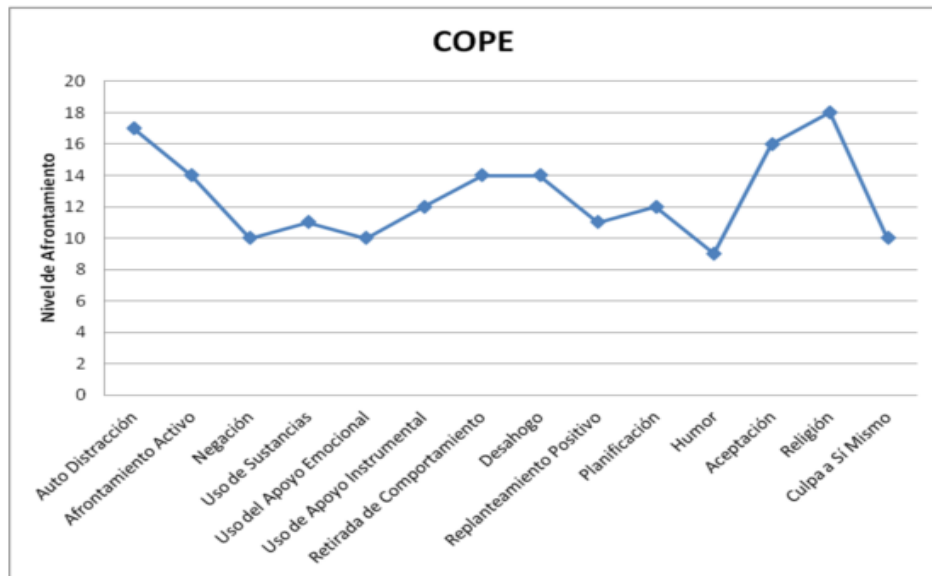


Tabla 104
Estrategias de afrontamiento (Enfermeras)

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	17
Afrontamiento Activo	14
Negación	10
Uso de Sustancias	11
Uso del Apoyo Emocional	10
Uso de Apoyo Instrumental	12
Retirada de Comportamiento	14
Desahogo	14
Replanteamiento Positivo	11
Planificación	12
Humor	9
Aceptación	16
Religión	18
Culpa a Sí Mismo	10

Figura 104

Estrategias de afrontamiento (Enfermeras)



6.5 CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Tabla 105
Apoyo social (Médicos)

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1405
Apoyo Instrumental	1320
Redes Sociales	1420
Amor y Cariño	1486,66667

Se observa en los resultados que predominan tres apoyos sociales cuyas puntuaciones se relacionan entre sí. Estos son, en primer lugar, el amor y cariño, luego las redes sociales (personas con quien distraerse, compartir y hablar) y en tercer lugar el apoyo emocional. Lo que significa la presencia de un nivel positivo de apoyo social.

Figura 105
Apoyo social (Médicos)

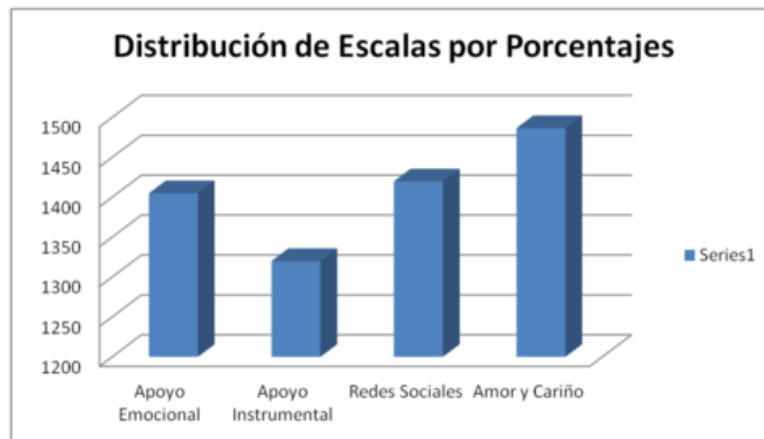


Tabla 106
Apoyo social (Médicos)

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	182,5
Apoyo Instrumental	210
Redes Sociales	220
Amor y Cariño	233,333333

Casi en la totalidad de médicos, se destaca un apoyo social positivo lo que significa que estas personas cuentan con un soporte emocional adecuado.

Figura 106
Apoyo social (Médicos)

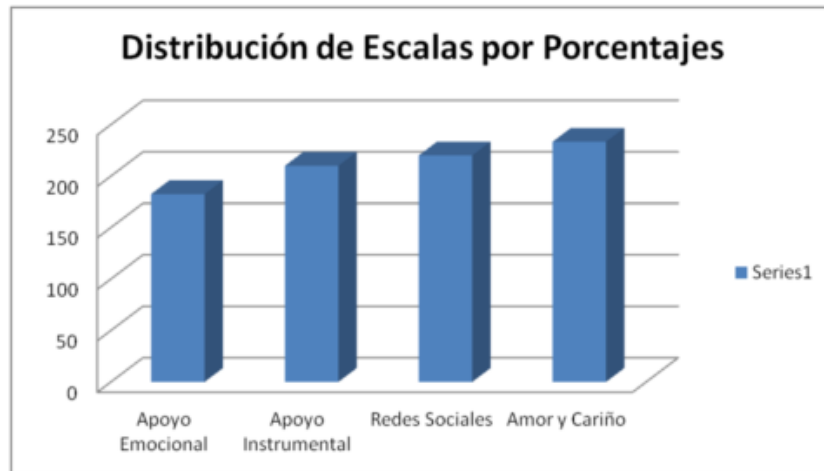


Tabla 107
Apoyo social (Enfermeras)

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	965
Apoyo Instrumental	975
Redes Sociales	955
Amor y Cariño	1026,66667

Una particularidad es el uso del apoyo instrumental, el cual se da en más alto puntaje en enfermeras que en médicos. Para ellas, este apoyo es uno de los primeros recursos a los que acuden.

Figura 107
Apoyo social (Enfermeras)

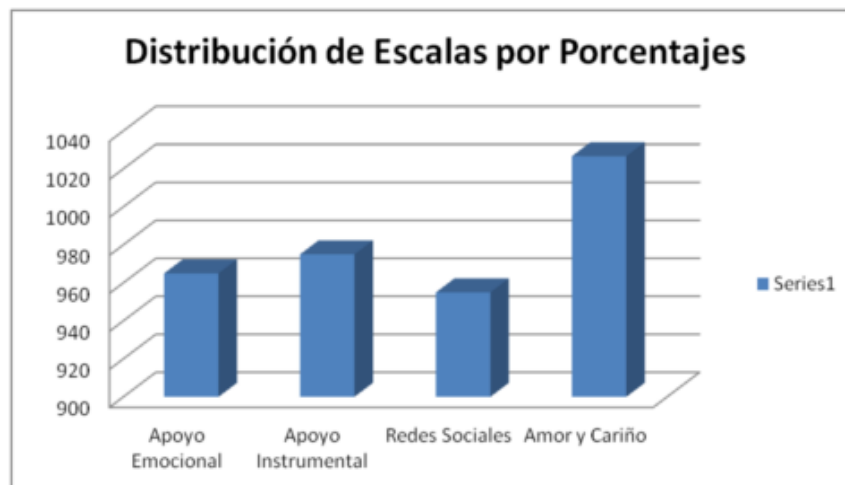
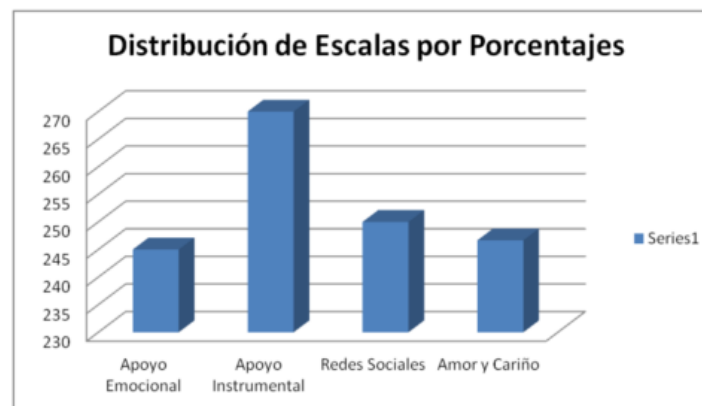


Tabla 108
Apoyo social (Enfermeras)

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	245
Apoyo Instrumental	270
Redes Sociales	250
Amor y Cariño	246,666667

Figura 108
Apoyo social (Enfermeras)



6.6 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

Tabla 109
Rasgos de personalidad (Médicos)

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotisisimo	32	20
Extroversión	71	44,375
Psicotisisimo	22	13,75
Sinceridad	35	21,875
TOTAL	160	100

Los resultados indican que estos médicos se caracterizan por un carácter sociable, optimista y abierto al cambio lo que significa una mejor adaptación a las condiciones difíciles en un ambiente de trabajo. Sin embargo también se hacen presentes rasgos de psicoticismo lo que indica crueldad y baja empatía.

Figura 109
Rasgos de personalidad (Médicos)

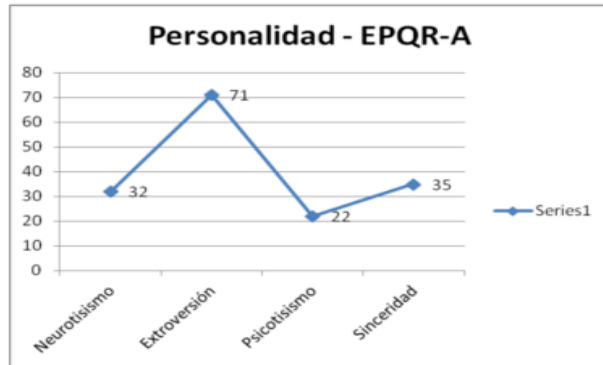


Tabla 110
Rasgos de personalidad (Médicos)

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	10	30,3030303
Extroversión	11	33,3333333
Psicotismo	2	6,06060606
Sinceridad	10	30,3030303
TOTAL	33	100

Estos resultados confirman los datos obtenidos anteriormente, es decir, la presencia de puntuaciones altas de ansiedad, cambios de humor y desórdenes psicósomáticos. Esto se traduce en personalidades poco estables.

Figura 110
Rasgos de personalidad (Médicos)

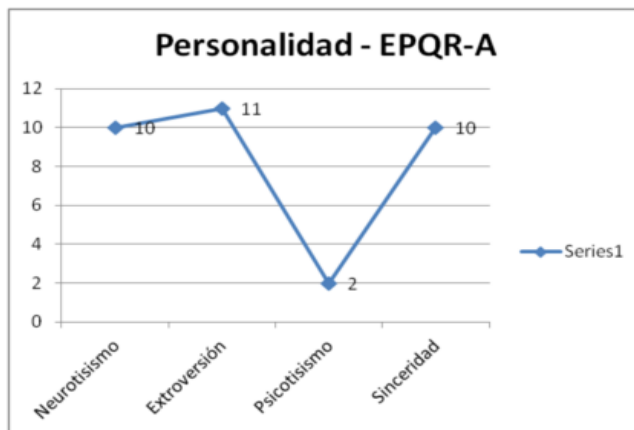


Tabla 111
Rasgos de personalidad (Enfermeras)

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotisisismo	17	17,5257732
Extroversión	54	55,6701031
Psicotisisismo	16	16,4948454
Sinceridad	10	10,3092784
TOTAL	97	100

Este grupo muestra a la extroversión como uno de los rasgos de personalidad que más destacan, lo que significa responder de manera más asertiva al medio donde se encuentran. Sin embargo hay presencia de rasgos de crueldad y baja empatía.

Figura 111

Rasgos de personalidad (Enfermeras)

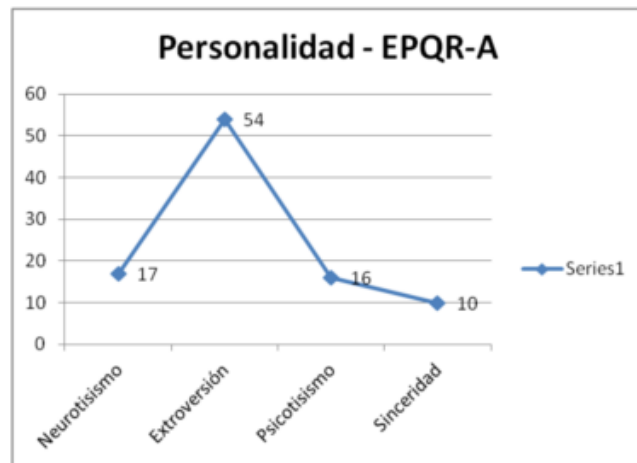
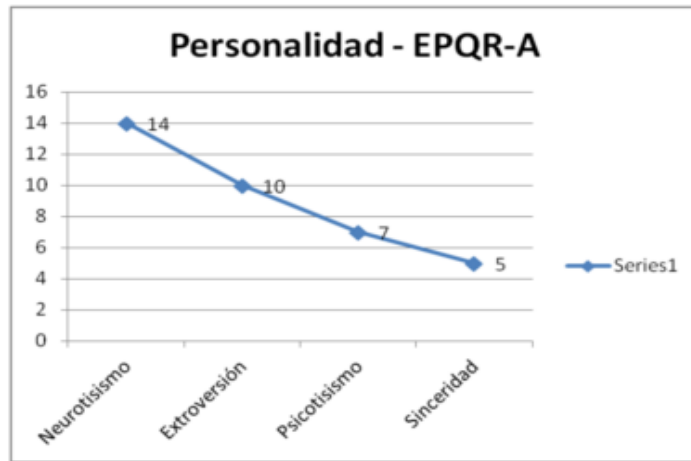


Tabla 112
Rasgos de personalidad (Enfermeras)

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotisisismo	14	38,8888889
Extroversión	10	27,7777778
Psicotisisismo	7	19,4444444
Sinceridad	5	13,8888889
TOTAL	36	100

El neuroticismo predomina en un pequeño grupo de enfermeras lo que significa que poseen una personalidad inestable con estados de ansiedad y cambios de humor, en algunos casos hay muestras de conflictividad, inflexibilidad. Sin embargo, al mismo tiempo tratan de mostrarse sociables y optimistas.

Figura 112

Rasgos de personalidad (Enfermeras)

7. DISCUSIÓN

Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgos psicosociales entre ellos el burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón, la Universidad Técnica Particular de Loja quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del burnout en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país. Entre los riesgos laborales, se escogió el burnout pues ocupa una de las principales causas de enfermedad y ausentismo laboral.

Es importante mencionar previamente, según lo investigado, que el síndrome del Burnout se presenta en intensidades o grados, no se puede hablar solamente de su presencia o ausencia.

Por lo tanto, no podemos expresar que existen médicos sin burnout, puesto que el cuestionario del MBI no mide la existencia o no existencia del síndrome, sino que mide la frecuencia (nunca, una vez, etc) e intensidad del burnout (alto, bajo, medio) a través de tres subescalas (agotamiento, despersonalización y realización personal). Es recomendable en todo caso que se hable de niveles bajos para aquellos que puntúan con cero, seguido por aquellos con niveles medio y alto. La relación entre puntuación y grado de burnout es dimensional. No existen puntos de corte válidos a nivel clínico para medir la existencia de burnout y poder separar los casos de los no casos.¹

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional, **o**, despersonalización y baja en realización personal determinan la existencia del síndrome.

Hay que señalar además que las puntuaciones de cada sub escala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total del MBI.

En la muestra de estudio de 33 profesionales de la salud, la prevalencia del síndrome del burnout es de un 30%, tanto en médicos como en enfermeras, con una alta vulnerabilidad en los médicos, es decir, que el porcentaje restante se encuentra en

¹ (Cómo se mide el burnout – Retos en la salud mental del siglo XXI en atención primaria.

Recuperado de :http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1751/8/Anexo_2.pdf)

proceso de desarrollar altos niveles del síndrome. En cambio, las enfermeras presentan una mediana vulnerabilidad hacia el síndrome, puesto que existen pequeños porcentajes pero no menos significativos de niveles medios y altos en las tres dimensiones. (Tabla 2, cuestionario MBI). Lo que hace que este grupo de enfermeras presente menos vulnerabilidad al síndrome está relacionado con lo que proponen algunos autores sobre los años de experiencia laboral y las expectativas sobre el trabajo. De acuerdo con Burke (1996) los trabajadores con menor antigüedad son los más vulnerables a desarrollar el síndrome, probablemente debido a la inexperiencia laboral y a la falta de capacidad para afrontar las situaciones críticas. En esta investigación, la mayoría de los médicos tienen entre uno y seis años de experiencia, mientras que las enfermeras tienen entre 15 y 38 años de experiencia.

Esta baja vulnerabilidad en las enfermeras se debe también a que este grupo se siente bastante satisfecho en aspectos primordiales como el apoyo de directivos, su experiencia profesional y su situación económica, satisfacción que no es compartida por el grupo de médicos estudiados.

La mayoría de los médicos encuestados con niveles altos del síndrome son solteros, tienen un promedio de 30 años de edad con pocos años de experiencia laboral (un promedio de 4 años) lo que hace que muchas de sus expectativas en cuanto a su trabajo sean irreales a diferencia de la muestra de enfermeras objeto de esta investigación, que poseen muchos más años de experiencia (de 15 a 38 años), mujeres mayores a 37 años, casadas en su mayoría y con un promedio de 2 hijos.

Siguiendo estos resultados podemos observar que los médicos están más agotados emocionalmente que las enfermeras, mientras que en cuanto al factor de despersonalización, la mayoría de los médicos presenta un bajo nivel del mismo. Es decir, un grupo, a pesar de que las exigencias de su trabajo han consumido sus energías y se encuentran con mucho agotamiento emocional, mantienen un buen trato hacia el paciente, mientras que el otro grupo, presenta también, actitudes hostiles e indiferentes hacia los pacientes.

La hostilidad o desinterés por las obligaciones laborales, es decir, el factor de despersonalización parece afectar más a enfermeras que a los médicos, (17% médicos , 27% enfermeras).

La única dimensión aparentemente no afectada por el síndrome, es la realización personal, lo que significa que en el 100% de los médicos y en el 90% de las enfermeras no hay la tendencia a evaluarse negativamente, se sienten contentos consigo mismo y satisfechos con sus resultados laborales. Utilizo el término aparentemente porque resulta una contradicción de que este factor puntúe alto positivamente tomando en cuenta que existe un considerable grupo de médicos y enfermeras afectados seriamente con el síndrome.

En cuanto a la relación entre agotamiento emocional y las variables sociodemográficas, mis resultados presentan una relación negativa con la edad y el agotamiento emocional, es decir, a mayor edad, menor agotamiento emocional. En estrecha relación con esta variable se encuentra la experiencia profesional, que también establece diferencias significativas en la misma dirección con agotamiento emocional, es decir, a mayor experiencia profesional, menor agotamiento emocional. (Tabla 1).

Estos resultados coinciden con lo manifestado por algunos autores (Thornton PI. The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. J Psychol 1992) que han indicado que después de 10 años de ejercicio profesional, se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, viéndose que tanto las recompensas personales como las profesionales y las económicas no son ni las prometidas ni las esperadas.

En cuanto al número de hijos, los resultados no concuerdan con lo referido por otros autores (Maslach C, Jackson SE. El rol de las variables sexo y la familia en el burnout 1985) que argumentan que las personas que tienen hijos son más estables, realistas y maduras y tienen mayores probabilidades de afrontar conflictos emocionales. Los resultados, por el contrario, pueden afirmar que los más vulnerables son las mujeres con hijos o esta condición empeora sumándose a las condiciones organizativas no satisfactorias para el empleado.

En cuanto al estado civil, la condición de estar casado no es una variable que incida significativamente en las dimensiones del burnout, sino que incide en el apoyo social recibido de la familia, por parte de la pareja o de los hijos (Dolan N. 1987).

Respecto al sexo, el tamaño de la muestra ha impedido profundizar en las relaciones de este factor con las dimensiones del burnout puesto que el mayor porcentaje de los encuestados fueron mujeres. Otras investigaciones referidas a aspectos emocionales sostienen que las mujeres tienden a expresar más las situaciones de este tipo.

Continuando con la relación entre el síndrome y las variables sociodemográficas, podemos mencionar de manera general, que las variables que afectan a médicos y enfermeras hacia niveles altos del síndrome, no parecen ser compartidas. Es claro que la mayor parte de los médicos con alto nivel de burnout sienten poca satisfacción en su ambiente de trabajo, el cual no tiene que ver con los pacientes y su carga horaria, sino con el apoyo de directivos, su satisfacción económica y su satisfacción con su experiencia profesional. Parece ser que otros aspectos afectan el síndrome en el caso de las enfermeras, puesto que en estos aspectos anteriormente mencionados, ellas puntúan positivamente, es decir, se sienten totalmente o bastante satisfechas.

Analizando las variables sociodemográficas de este grupo de enfermeras, puede establecerse la hipótesis de que sus condiciones familiares particulares y el hecho de laborar en dos instituciones hospitalarias son los aspectos que están afectando en la aparición del síndrome.

Las enfermeras, a pesar de que un buen porcentaje considera que existe poco apoyo de sus directivos y colegas, se sienten más satisfechas con el trabajo realizado. Su seguridad o estabilidad laboral reposa en cierta manera sobre sus contratos indefinidos, factor que afecta psicológicamente de manera positiva.

Factores de tipo personal como su estado civil y número de hijos parecen afectar de manera más significativa el desarrollo del síndrome. Se afirma que este deseo de lidiar exitosamente a favor de otros, particularmente cuando tienen hijos, genera una tensión emocional crónica que desemboca en agotamiento emocional. Maslach y Leiter, (1997)

La razón de que ambos grupos de profesionales sean más susceptibles a unas variables que a otras para el desarrollo de esta enfermedad, tiene que ver según mi análisis con tres factores: edad, estado civil, número de hijos y años de experiencia.

Debo recalcar que ninguna de estas variables por sí solas NO afectan al síndrome sino la combinación de las mismas.

Los médicos y enfermeras con niveles bajo y medio de ansiedad presentan síntomas psicosomáticos y ansiedad, factores presentes en trabajos bajo presión como en este caso, podemos decir que poseen stress, pero en este caso considero no se trata de niveles de stress necesarios que ayudan al ser humano a poner en marcha acciones rápidas para solucionar sus problemas, pienso que se trata de niveles de stress que están conduciendo a empeorar su estado de salud puesto que uno de ellos ya presenta signos de depresión.

Analizando los resultados obtenidos en los cuestionarios de salud mental, los médicos con alto índice de burnout son el grupo más vulnerable puesto que están afectados en sus cuatro dimensiones (síntomas psicosomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión). Aquí se observa un avance progresivo hacia niveles superiores no sólo del grupo más afectado sino también de aquellos que puntúan con niveles bajo y medio del síndrome. Esto sigue demostrando la urgencia de tomar medidas de prevención y apoyo en cuanto a salud laboral.

Respecto a las relaciones de las dimensiones del burnout con las variables de apoyo, los resultados de este estudio confirman el hecho de que el apoyo social, así sea técnico o emocional, ofrecido por compañeros, así como fuera de la situación laboral, como el cónyuge, los amigos, familiares o hijos, puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo, y su ausencia puede considerarse como un estresor (Beltrán, Pando, Pérez. *Psicología y Salud* (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout. Volumen (14), Número 1, pp. 79-87).

Existe apoyo social en niveles aceptables tanto en médicos como enfermeras con alto nivel del síndrome, sin embargo no representa ser un factor de protección único o definitivo para evitar el desarrollo del síndrome.

Los médicos de mi estudio, más afectados por el síndrome, aunque cuentan con una red social medianamente numerosa (6, 18, 5) entre familiares y amigos, parece no representar un factor protector, seguramente se debe a que esta red solo representa un nivel básico en la conceptualización del apoyo social, que es aquel que se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos

pero no representa para el individuo una relación de calidad que cubra sus necesidades de afecto, proporcione un sentimiento de identidad y pertenencia, de control de la situación, etc.

O también se trata de una red social que a pesar de que cubra sus necesidades de afecto y pertenencia no representa la "ayuda percibida" donde el individuo tiene la seguridad y la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud de un evento aversivo se perciba reducida. En conclusión es la calidad de las relaciones sociales y no la cantidad el factor que actúa como protector de la salud y bienestar de las personas

Los mecanismos de afrontamiento de médicos y enfermeras altamente afectados con el síndrome, difieren un poco entre sí. En ambos grupos, la religión parece ofrecer el soporte o apoyo para enfrentar las situaciones difíciles de su vida laboral y personal. Esta característica más que relacionarse con el aspecto de la fe, pienso que tiene que ver con el pensamiento de que el cambio de su situación personal en su mayoría no está bajo su control, sino bajo el control de algo sobrenatural.

Pero hay una diferencia en los otros estilos de afrontamiento entre ambos grupos afectados, esta diferencia radica a mi parecer por el nivel de cultura entre médicos y enfermeras. Los médicos, luego de la religión, utilizan estilos más estratégicos de afrontamiento como la planificación, y el afrontamiento activo para mejorar sus condiciones personales o laborales. En cambio, las enfermeras utilizan la aceptación y auto distracción, conductas de resignación ante su situación actual.

Esta afirmación que realizo es respaldada por los estilos de afrontamiento que utilizan médicos y enfermeras afectados con niveles muy bajos del síndrome, quienes, luego de la religión, utilizan estilos de afrontamiento estratégicos como el afrontamiento activo y la planificación, es decir, consideran que tienen el control y la capacidad de mejorar su situación.

Según mis resultados, se observa de manera especial que las enfermeras más que los médicos utilizan la despersonalización como estrategia de afrontamiento, es decir, se distancian física y emocionalmente de los pacientes o clientes con los que tratan como una forma de protegerse del síndrome, especialmente del agotamiento emocional.

Esto podría explicar la razón por la cual, los niveles de agotamiento emocional son menores en las enfermeras que en los médicos, quienes puntúan bajos niveles de despersonalización.

En cuanto a la investigación del burnout y la estructura de personalidad, los resultados de las encuestas utilizando la escala de Eysenck (Buhler, Land, 2003), confirman la relación entre neuroticismo y burnout. En los médicos y enfermeras más afectados por el síndrome, predomina el comportamiento neurótico, es decir, presentan altos índices de ansiedad, cambios de humor, poco control emocional. De manera general podemos decir, baja tolerancia al estrés.

Sin embargo, la mayor parte de la población, es decir, médicos y enfermeras afectados y no afectados con niveles altos del síndrome, puntúan valores altos significativos que actúa como un factor de protección ya que una personalidad sociable, optimista, controlada con baja tendencia a la agresión, abierto al cambio, le permite adaptarse a las condiciones difíciles que puedan presentarse en su labor diaria.

Puntajes bajos y medios aunque no menos importantes en la escala de psicoticismo confirman la presencia de rasgos de despersonalización, es decir, despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.

Estos resultados apoyan la teoría de cómo la personalidad es el factor de protección o riesgo más determinante a la hora de establecer el nivel de desgaste profesional que puede llegar a sufrir una persona.

Sabemos muy bien que no son los sucesos externos los que desencadenan el malestar psicológico en un individuo, sino su percepción o la visión que la persona tiene sobre el suceso. Aquella interpretación que el individuo le dé, canalizará sus pensamientos, emociones y conductas.

“Nada, excepto un cambio en la perspectiva de las ideas o de las filosofías básicas de los hombres y las mujeres modernos, logrará reducir de forma significativa sus tendencias neuróticas”

Albert Ellis.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en los resultados que arrojó el instrumento y al análisis realizado para describir la presencia del síndrome en los médicos residentes y enfermeras del Hospital Clínica Kennedy y Hospital del Seguro Social Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, se llegó a las siguientes conclusiones:

Los médicos puntúan más alto que las enfermeras en los niveles alto y medio del síndrome, es decir, los médicos se encuentran más afectados que las enfermeras mostrando mayor susceptibilidad al síndrome, sobre todo en la subescala de agotamiento emocional. En cambio, las enfermeras puntúan más alto que los médicos en la dimensión de despersonalización, es decir, están más afectadas o son más susceptibles en este aspecto.

Por otro lado, la realización personal es la única dimensión que aparentemente no ha sido afectada en estos profesionales de la salud, es decir, su sentido de logro personal se mantiene a pesar de que se encuentran agotados emocionalmente.

En conclusión, los médicos no están más quemados profesionalmente que las enfermeras, sino que ambos están afectados con el síndrome en niveles altos pero en dimensiones diferentes, es decir, los médicos están más agotados emocionalmente, mientras que las enfermeras para evitar el agotamiento emocional muestran mayores niveles de despersonalización como medio de afrontamiento o factor de protección.

El apoyo por parte de los directivos, es un parámetro muy importante en la determinación del síndrome según lo investigado, los resultados de mis encuestas parecen apoyar la idea de que esta falta de apoyo por sí sola, no determina los altos niveles del síndrome puesto que mientras la mayoría de los médicos (67%) con alto nivel de burnout manifiesta poca satisfacción en cuanto este apoyo, las enfermeras (67%) con alto nivel del síndrome se sienten bastante satisfechas y el 33% de ellas totalmente satisfechas.

Es claro que la mayor parte de los médicos con alto nivel de burnout sienten poca satisfacción en su ambiente de trabajo, el cual no tiene que ver con los pacientes y su carga horaria, sino con la falta de apoyo directivo, poca satisfacción con su experiencia profesional y economía. Parece ser que otros aspectos afectan el síndrome en el caso

de las enfermeras, puesto que en estos aspectos anteriormente mencionados, ellas puntúan positivamente, es decir, se sienten totalmente o bastante satisfechas.

En cuanto al estado de salud mental, concluyo que la mayoría de los médicos y enfermeras presentan una personalidad sociable, optimista, abierta al cambio que sin embargo por las razones ya mencionadas son más susceptibles a niveles de stress presentando rasgos neuróticos y de psicoticismo.

En cuanto a salud general, algunos de los médicos de la muestra están más afectados que las enfermeras en casi las cuatro dimensiones (síntomas psicossomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión), las enfermeras por su parte presentan sólo estados de ansiedad y malestares físicos. Por las anteriores investigaciones, considero que radica en su corta edad como profesionales, quienes están en un proceso de adaptarse a las verdaderas realidades de su profesión que muy probablemente no concuerdan hasta ahora con sus expectativas iniciales.

La presencia de altos niveles de síntomas psicossomáticos y ansiedad en enfermeras son los que muy probablemente originan que este grupo posea mayores niveles de despersonalización que los médicos.

Los resultados estadísticos de estos datos me indican que la mayoría de los médicos y enfermeras con bajo y alto nivel del síndrome usan estrategias de afrontamiento activas, tanto directas como indirectas, las más utilizadas, son: Religión, Afrontamiento activo, Aceptación, Planificación. Esto significa que sus estrategias van orientadas a confrontar o intentar cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, buscando apoyo especialmente en las creencias espirituales.

Sin embargo, en casi la mayoría de las enfermeras con alto nivel del síndrome, utilizan también la auto distracción como un estilo de afrontamiento.

Analizando todos los datos de la población, se observa que predominan tres apoyos sociales cuyas puntuaciones se relacionan entre sí. Estos son, en primer lugar, el amor y cariño, luego las redes sociales (personas con quien distraerse, compartir y hablar) y en tercer lugar el apoyo emocional. Una particularidad es el uso del apoyo instrumental, el cual se da en más alto puntaje en enfermeras que en médicos. Para ellas, este apoyo es uno de los primeros recursos a los que acuden.

A pesar de haberse confirmado la relación entre algunas variables sociodemográficas y la presencia de burnout, dichos hallazgos no pueden ser generalizados en virtud de

las características de la población estudiada. Es decir, el tamaño de la muestra ha impedido profundizar en las relaciones encontradas. Sería conveniente llevar a cabo un estudio con el personal médico de otras especialidades específicas como psicólogos en centros psiquiátricos, oncólogos en hospitales de cancerología y médicos que trabajan especialmente en la sección de terapia intensiva o alto riesgo de muerte.

Este estudio nos permitiría constatar con mayor seguridad el papel que desempeña la personalidad como modulador frente al burnout.

Debe ser de suma preocupación y estar en el interés de las organizaciones la mejora de la calidad de vida de sus trabajadores, sobre todo lo que se relaciona con su salud y bienestar, puesto que las consecuencias que genera su detrimento repercuten en el individuo, en la organización y en la sociedad en general.

A nivel grupal e interpersonal, es recomendable que la institución a través del departamento de recursos humanos o promoción humana, fomente el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores, pero sobre todo, se incluya la evaluación periódica de los profesionales y la retroalimentación sobre su desempeño de rol. En el nivel organizacional, la dirección de las organizaciones debe diseñar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral.

Como parte de estos programas, se sugiere programas de inclusión para el personal nuevo con el propósito de acercarlos a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas, así como para desarrollar procesos de retroalimentación sobre el desempeño de roles entre los trabajadores, el grupo y la organización.

Por todo ello, queremos resaltar la importancia que el estudio en profundidad, del fenómeno Burnout y de sus factores desencadenantes, puede tener, ya que estos conocimientos redundarán en una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, con claras ventajas para los pacientes, los profesionales y por supuesto las instituciones implicadas.

9. BIBLIOGRAFÍAS

Llaneza Álvarez Javier (2009). Ergonomía y Psicología Aplicada. Manual para la formación del especialista. Editorial Lex Nova. 12.a edición. Valladolid

Armand Grau, Flichtentrei Daniel, Suñer Rosa, Prats María y Florencia Braga (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 215-230.

Recuperado de <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>

Avendaño Cecilia, Bustos Patricia, Espinoza Paula, García Felipe, Pierart Tamara (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cief/v15n2/art07.pdf>

Cómo se mide el burnout. Revista de la sociedad española de médicos de atención primaria. Recuperado de:

<http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf>

Carlin Maicon y J. Garcés de los Fayos Ruiz Enrique (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. 2010, vol. 26, nº 1 (enero). Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf

Diez Miriam, Dolan Simón (2008). Burnout vs. vigor profesional: (2008) Análisis configuracional de las características sociolaborales e individuales protectoras en médicos catalanes. *Rev Psiquiatr Urug* 72(2):169-185.

Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2008/07_Trabajo%20Original.pdf

L. Sauter Steven, Lawrence R. Murphy, Joseph J. Hurrell y Lennart Levi. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.

Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/enciclopedia/34.pdf>

Moreno-Jiménez, B., Gálvez Herrero, M. (2008) La evaluación del desgaste profesional (burnout) en el ámbito médico. *Jano: Medicina y humanidades*, 1717, 46.

Recuperado de http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud_laboral.htm#cursos

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Velasco, L., Garrosa, E., Morante, ME. (2007). Burnout process and HIV/AIDS: main implications for health care workers. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 67-80.

Recuperado de http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud_laboral.htm#cursos

Moreno-Jiménez, B., Gálvez Herrero, M., Garrosa Hernández, E., Mingote Adán, J.C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 38(10), 544-549.

Recuperado de http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud_laboral.htm#cursos

Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., Benavides-Pereira, A.M., Gálvez Herrero, M. (2003). **Estudios transculturales** del burnout. Los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombia de Psicología*, 12, 9-18.

Recuperado de http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud_laboral.htm#cursos

Moreno-Jiménez, B., González Gutiérrez, J.L., Garrosa Hernández, E. (2002). Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. *Rol de Enfermería*, 25(11), 18-26.

Recuperado de http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud_laboral.htm#cursos

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://es.scribd.com/doc/55979054/6/MODELOS-EXPLICATIVOS-DEL-BURNOUT>.

Maslach C. 2009. Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab*. Abr-Jun; 11 (32): 37-43.

Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina37.pdf>

10. ANEXOS

ANEXO Nro. 1 (Instrumentos de investigación)



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

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD
3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____
 Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo
 Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes Martes Miércoles
 Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores
 En el caso de realizar guardia indique el número de horas: _____ y cada cuantos días: _____
 Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:
 Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más
 Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____
 Los tipos de paciente que atiende regularmente son (puede señalar más de una opción):
 Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos
 Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros
 indique _____ Todos los anteriores
 Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí No
 ¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?
 NO SI ¿Cuántos? _____
 La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.
 Totalmente Medianamente Poco Nada
 ¿Ha solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año? SI No
 En caso de que la respuesta sea afirmativa.
 La causa ha sido por: Capacitación Problemas de salud Situaciones familiares
 Otros ¿Cuáles? _____
 ¿Cuántos días ha estado de permiso en el último año? _____
 Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como
 “nada”,
 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”, de acuerdo a los enunciados que se
 presentan:

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

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

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

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

ANEXO 1.2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la **frecuencia** con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

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

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

Anexo 1.3

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

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

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

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

Anexo 1.4
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 1.5
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 1.6
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).

Anexo 2. Carta de solicitud a las Instituciones de Salud



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Loja, 26 de noviembre de 2011

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

De mi consideración:

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

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

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

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

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

Atentamente,

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



Anexo 3. Certificación

"IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y
FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENÓMENO, EN EL ECUADOR".

PROGRAMA DE GRADUACIÓN

ANEXO Nro. 8

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Yo,..... con cédula de identidad
N°, 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 fenómeno, 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 5. Certificado Jefe Enfermeras Hospital Clínica – Kennedy

"IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENÓMENO, EN EL ECUADOR". PROGRAMA DE GRADUACIÓN

ANEXO Nro. 8

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CERTIFICACIÓN

Yo, Sede. Patricia Bell-Ayune con cédula de identidad N° 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 fenómeno, 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 Patricia Bell (Jefe Departamento de Enfermería)
No. de Teléfono: 2286963

Número del Registro del Ministerio de Salud Pública

- Sede. Tatiana Jescano
- Sede. Janyra Paya
- Sede. Patricia Bell
- Sede. Mayra Cárdenas
- Sede. Yaula Jimbo



**Anexo 6. Certificado Coordinadora Centro de Diálisis
Hospital Seguro Social**

Guayaquil, 10 de mayo del 2012

Sra.

Mgs. Rocío Ramírez Zhindón
Coordinadora del Programa de Graduación.
U.T.P.L.

De mi consideración:

Yo, la Dra. Laura Jiménez, con cédula de identidad N° 0907790356,
Coordinadora del Centro de Diálisis y Jefa del Área de Nefrología del Hospital del
Seguro Social Teodoro Maldonado Carbo, certifico que la Srta. Jéssica Mena
Orellana, realizó en esta institución a través de cuestionarios, la recolección de
información a nuestros médicos para el programa de investigación de
"Identificación del Burnout en profesionales de salud y factores relacionados
con este fenómeno, en el Ecuador". Es todo cuanto puedo certificar en honor a
la verdad.

Atte.


Dra. Laura Jiménez Rivadeneira
COORDINADORA
CENTRO DE DIALISIS

Dra. Laura Jiménez
Coordinadora del Centro de Diálisis

No: Teléfono: 094714409

Número del Registro de Ministerio de Salud Pública: 5135