



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues. Durante el año 2011-2012”

Trabajo de fin de titulación.

Autor:

Pesantez Molina, Lourdes del Rosario

Directora:

Ramírez Zhindón Marina del Roció, Mg

Centro Universitario Azogues

2012

CERTIFICACIÓN

Doctora.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

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 Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues. Durante el año 2011-2012”** realizado por el profesional en formación: Pesántez Molina Lourdes del Rosario; 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, Lourdes del Rosario Pesantez Molina 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.....
Lourdes del Rosario Pesantez Molina
Cédula 0301234514

AUTORÍA

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

.....

Lourdes del Rosario Pesántez Molina.

C.I 0301234514

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente la Universidad Técnica Particular de Loja, a todos los docentes que me brindaron sus conocimientos durante este largo proceso para finalizar la carrera, gracias por el apoyo y ayuda brindada, en especial a la persona de la Mgs. Rocío Ramírez Zhindón directora de tesis, Lcdo. Julio Alvarado Chamba coordinador operativo y a la Mgs. Carmen Sánchez León tutora de tesis por el apoyo brindado solo me queda reiterar mi más profundo agradecimiento gracias por todo.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico en especial a mi hijo que es mi fuente de inspiración diaria, a mis padres que gracias a su apoyo incondicional y empuje diario he logrado cumplir mis metas y en especial a mis hermanos por todo su amor y cariño y por motivarme cada día más para alcanzar mi superación personal.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pag
CERTIFICACION	II
ACTA DE SECCION DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO	III
AUTORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
INDICE	VII
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCION	2
3. MARCO TEORICO	4
CAPITULO 1. CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT	
1.1 Definiciones del Burnout	4
1.1.1 Modelos explicativos del Burnout	6
1.1.2 Delimitación Histórica del síndrome del Burnout	8
1.1.3 Poblaciones propensas al Burnout	9
1.1.4 Fases y Desarrollo del síndrome del Burnout	10
1.1.5. Características, causas y consecuencias del Burnout	11
1.1.5.1 Características	11
1.1.5.2 Causas	11
1.1.5.3 Consecuencias	12
1.1.6 Prevención y Tratamiento	13
CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACION DELAS VARIABLES DE LA INVESTIGACION	
2.1 El Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales	15
2.1.1 Variables de riesgo y protectoras	15

2.1.2 Motivación y Satisfacción laboral	16
2.1.2.1 Motivación	16
2.1.2.2 Satisfacción	16
2.1.3 Investigaciones realizadas	17
2.2 El Burnout y su relación con la salud	18
2.2.1 Definiciones de salud	18
2.2.2 Síntomas somáticos	19
2.2.3 Ansiedad e insomnio	19
2.2.3.1 Ansiedad	19
2.2.3.2 Insomnio	19
2.2.4 Disfunción social en la actividad diaria	20
2.2.5 Tipos de Depresión	21
2.2.6 Investigaciones Realizadas	22
2.3 El Burnout y el afrontamiento	23
2.3.1 Definiciones de afrontamiento	23
2.3.2 Teorías de afrontamiento	24
2.3.3 Estrategias de afrontamiento	25
2.3.4 Investigaciones realizadas	26
2.4 El Burnout y la relación con el Apoyo Social	27
2.4.1 Definiciones de Apoyo Social	27
2.4.2 Modelos explicativos del Apoyo Social	28
2.4.3 Apoyo Social percibido	29
2.4.4 Apoyo Social estructural	30
2.4.5 Investigaciones realizadas	30
2.5 El Burnout y la relación con la personalidad	31
2.5.1 Definiciones de personalidad	31
2.5.2 Tipos de Personalidad	32
2.5.3 Patrones de conducta	33
2.5.4 Locus de control	34
2.5.5 Investigaciones realizadas	34

4. METODOLOGIA	
4.1 Diseño de Investigación	36
4.2 Participantes	36
4.3 Instrumentos	36
4.4 Recolección de datos	40
5. RESULTADOS OBTENIDOS	41
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	70
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
8. BIBLIOGRAFIA.	78
9.ANEXOS	81

1. RESUMEN

La presente investigación tuvo como objeto identificar los niveles de burnout de los profesionales del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, se trabajo con una muestra de treinta profesionales 15 médicos y 15 enfermeras de las aéreas de emergencia, terapia intensiva, ginecología, pediatría, neonatología, centro quirúrgico, y clínica se realizo una investigación de campo a través de la recolección de los siguientes cuestionarios: Sociodemográfico y laboral, MBI, Salud mental (GHC28), Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), MOS de Apoyo Social y Personalidad de Eysenck EPQR-A. Los resultados obtenidos indican una baja intensidad y frecuencia en las sub escalas de agotamiento emocional y despersonalización y una alta intensidad en realización personal. Además existe la presencia de síntomas psicósomáticos y de ansiedad tanto en los médicos como en las enfermeras pero en niveles aceptables y controlables que a través de estrategias de afrontamiento como aceptación, autodistracción y religión. Demostrándose de esta manera que no existe presencia de burnout en esta casa de salud, es importante indicar además que hay presencia de extroversión en la muestra para los dos grupos de profesionales.

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout ha sido identificado como una patología prevalente entre los profesionales de la salud, especialmente en médicos y enfermeras. El mismo se ha convertido en una problemática laboral que excede el marco estrictamente académico, extendiéndose a otros planos, como el afectivo, económico, familiar y personal de los profesionales. Los trabajadores de la salud no son una excepción sino todo lo contrario, ya que se exponen permanentemente a una gran cantidad de riesgos biológicos, riesgos físicos y químicos atentando muchas veces contra su salud.

En Estados Unidos de Norte América se reporto en un estudio realizado en internistas-intensivistas, que el 40% presentaron el síndrome de burnout reportando que los factores organizacionales, administrativos y conflictos personales fueron los desencadenantes de este síndrome (Guntupalli K, Fromm JR. 1996). En estudios realizados en una muestra de 11.530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y América Latina se pudo observar que la mayor prevalencia se encuentra en España con el 14,9% seguido de Argentina con el 14,4% y de Uruguay con el 7,9%. Los profesionales de México, Perú, Colombia, Guatemala, El Salvador y Ecuador presentan una prevalencia entre el 2,5% y 5,9%, por profesiones medicina tuvo una prevalencia del 12,1% y enfermería el 7,2% (Armand Grau Martin, 2009).

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 desea contribuir a esta temática iniciando con la identificación del burnout en el personal de instituciones sanitarias de nuestro país.

En el presente estudio se pretende conocer el impacto de esta problemática en los profesionales médicos de nuestra población, investigación que se realizó en el Hospital "Homero Castanier Crespo" de la ciudad de Azogues con una muestra de 30 profesionales, 15 médicos y 15 enfermeras con el objetivo general de estudiar la prevalencia de este síndrome, en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), e identificar las características

sociodemográficas laborales que se asocian con el síndrome de Burnout, además conocer sobre salud, los mecanismos de afrontamiento que utilizan, el apoyo social percibido por parte de las redes sociales y finalmente sus características de personalidad.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, cuestionario MBI, cuestionario de Salud Mental de GHC28, cuestionario Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario MOS de Apoyo Social, y el cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Se puede afirmar que por una parte pudimos identificar que no hay prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo en el personal del Hospital “Homero Castanier Crespo” de la ciudad de Azogues y por otra parte conseguimos establecer que a pesar que no poseen el síndrome si están aquejados por otras clase de síntomas que repercuten en muchos casos en su relación con sus actividades dentro y fuera del centro de salud.

3. MARCO TEORICO

CAPITULO 1.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

La popularización del concepto se le debe a Cristina Maslach, que a partir de 1977 lo conceptualiza, en primera instancia, como una respuesta a un estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar en el trabajo.

1.1.- Definiciones del Burnout

Durante muchas décadas muchos han sido los autores que han aportado con definiciones sobre el síndrome de Burnout en los que se destacan los siguientes:

AUTOR	AÑO	DEFINICION:
Freunderberger	(1974)	<i>“Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.</i>
Pine y Kafry	(1978)	<i>“Una experiencia general de agotamiento físico, emocional, y actitudinal”.</i>
Edelwich y Brodsky	(1980)	<i>“Pérdida progresiva del individualismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda como resultado de las condiciones de</i>

		<i>trabajo”.</i>
Pines, Aaronson y Kufry	(1981)	<i>“Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”.</i>
Maslach y Jackson	(1981)	<i>“Respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y la aparición de procesos de evaluación del propio rol profesional”.</i>
Cronin-Stubbs y Rooks	(1985)	<i>“Una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales”.</i>
Moreno, Oliver y Aragonese	(1991)	<i>“Tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo”.</i>
Leiter	(1992)	<i>“Una crisis de auto eficacia. Distanciando así el Burnout del estrés laboral”.</i>
Burke y Richardsen	(1993)	<i>“Proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas y en una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort</i>
Peris	(2002)	<i>“Trastorno caracterizado por la sobrecarga y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana”.</i>

--	--	--

1.1.1.-Modelos explicativos del Burnout.

En lo referente a los modelos explicativos del Burnout este ha suscitado muchas polémicas, ya que se le han atribuido causas diversas, y diferentes grados de importancia de las variables antecedentes-consecuentes y distintos factores implicados. Una de las clasificaciones utilizadas y actualizadas es la referente a la de Gil-Monte y Peiró (1997) en la cual categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos en la que tenemos la Teoría Socio cognitiva, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural.

A. Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva del Yo

Es indudable que estos modelos dan una significativa importancia a las variables del self como ser; la autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto entre ellos se hallan los modelos de:

1. **Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).** Este modelo muestra que la mayoría de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia, tienen un grado profundo de motivación para ayudar a los demás y de altruismo.
2. **Modelo de Pines (1993).** Este modelo se caracteriza por ser motivacional y traza que solo se queman aquellas personas con alta motivación y expectativas.
3. **Modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993).** Manifiesta que la consecución independiente y exitosa de las metas, amplía la eficacia del sujeto, sin embargo; cuando se produce la no consecución de esas metas esto acarrea un fracaso psicológico es decir a una disminución de la eficacia percibida y por consiguiente al desarrollo del Burnout.

- 4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).** Enfatizan cuatro factores que están involucrados en la aparición del Burnout, donde señalan que la autoconfianza desempeña un papel fundamental en este proceso. Estos factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de las tareas y los recursos del individuo, 2) El nivel de autoconciencia, 3) Las expectativas del éxito personal, 4) Los sentimientos de autoconfianza.

B. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social.

Estos modelos manifiestan que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales.

Se pone en camino el proceso de comparación social, a raíz de esta comparación puede crearse percepciones de falta de igualdad o ganancia lo que llevaría a provocar el riesgo de padecer de Burnout. Los modelos de esta línea de investigación son:

- 1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).** Este modelo fue desarrollado para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de esto se planteo dos tipos de etiología del síndrome: uno de ellos se refiere a los procesos del intercambio social con los pacientes, y pone énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros del trabajo.
- 2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).** Esta teoría motivacional está apoyada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada lo lleva al estrés y que este a su vez puede producir el Burnout.

C. Modelos Etiológicos basados en la Teoría Organizacional.

Estos modelos están caracterizados por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Entre estos modelos tenemos:

1. **Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).** Este modelo señala la importancia de las disfunciones del rol, pobreza, conflicto y ambigüedad del rol, en un proceso en que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral.
2. **Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).** Este modelo alude desde un enfoque transaccional del estrés laboral que el Burnout es un acontecimiento particular que se da sobre todo en las profesiones humanitarias y que el agotamiento emocional es la fuente esencial de este síndrome.
3. **Modelo de Winnubst (1993).** Este modelo nace de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social y la cultura organizacional, por lo tanto la etiología del Burnout estaría influida por los problemas provenientes de la estructura, clima y cultura organizacional.

D. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural.

Estos modelos toman en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para expresar la etiología del Burnout de manera general, estos modelos trazan que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuestas del sujeto. Aquí se destaca el modelo de:

1. **Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997).** Dicho modelo explica que el Burnout toma en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Diseña que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol) y nace como producto de un proceso de reevaluación cuando la manera de afrontamiento a las situaciones emergentes es inadecuada.

1.1.2.-Delimitación histórica del síndrome del Burnout.

Se trata de un síndrome clínico descrito en el año de 1974; por el psicoanalista norteamericano Freudenberger que junto a otros ayudantes voluntarios trabajaban en una clínica de toxicómanos en la ciudad de Nueva York. En la cual observo que al año

de empezar a trabajar la mayoría de trabajadores voluntarios sufría de una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, con síntomas de ansiedad y depresión, así como también desmotivación por el trabajo, describió como estas personas iban modificándose progresivamente incluso a llegar a ser agresivos con los pacientes.

Por aquel tiempo la psicóloga social Cristina Maslach estudiaba las respuestas emocionales de los trabajadores de las profesiones de ayuda y calificaba a los afectados de “sobrecarga emocional”, a lo cual le llamo síndrome del Burnout por que los afectados se sentían totalmente identificados con este término, y no eran estigmatizados como con los diagnósticos psiquiátricos. Desde aquel entonces el termino síndrome de Burnout o síndrome del desgaste profesional; se utiliza para expresar el sufrimiento personal proveniente del desgaste emocional en el trabajo directo, con personas sobre todo en situaciones de enfermedad o desamparo. Este desgaste profesional deteriora la salud del trabajador, la productividad de la empresa, este estrés profesional se asocia de manera significativa con insatisfacción del usuario y con el deterioro de la calidad asistencial.

1.1.3.-Poblaciones propensas al Burnout

Entre las poblaciones propensas a este síndrome tenemos una gran clasificación dependiendo de las profesiones a las que se dedican y al riesgo al que están expuestos dichos trabajadores. Con respecto al riesgo de sufrir Burnout los estudios se han caracterizado por centrarse en ámbitos laborales, relacionados con los servicios humanos (Freundenberger, 1978, Maslach, 1999 ; Byrne, 1999; etc.) en la salud, enfermeras, enfermeros, médicos de hospitales generales, médicos de atención primaria, seguridad pública, policías, clérigos, psicólogos en la administración pública y voluntariados. Además afecta a profesionales de negocios, corredores de bolsa y ejecutivos, empleados de transportes públicos, vendedores y representantes de departamentos de atención al cliente, sindicalistas, empleados de empresas informáticas, bibliotecarios, controladores aéreos , deportistas, músicos, bomberos, y activismo político, etc.

Marisa Bosqued (2005), todas las poblaciones constituyen el campo abonado para que aparezca el Burnout no solo con la mayor frecuencia sino también con más virulencia

en lo que se refiere al caso del trabajo no oficial como es el de la ama de casa quien puede llegar a experimentar este síndrome, especialmente cuando realiza, estas tareas propias del cuidado de la casa, el esposo, los hijos o cuando se suma la atención de atender por un periodo determinado de tiempo a un anciano o discapacitado es lo que se ha denominado como el “síndrome del cuidador” .Finalmente las características personales de cada persona influyen al momento de tener una mayor o menor vulnerabilidad ante las posibilidades de presentar el cuadro de estar quemado.

1.1.4.-Fases y desarrollo del síndrome del Burnout.

1.1.4.1.-Fases. Según Fidalgo, M (2006) el síndrome de Burnout se desarrollo en cinco fases evolutivas a las que nos referimos a continuación:

A. Fase Inicial de Entusiasmo. Se experimenta entusiasmo, gran energía ante el puesto de trabajo; se dan expectativas positivas y no les importa alargar la jornada laboral.

B. Fase de Estancamiento. En esta fase no se cumplen las expectativas profesionales, se comienza a valorar las contraprestaciones del trabajo, distinguiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no son equilibradas, por lo que aquí se da lugar a un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por lo que el profesional se siente incapaz para proporcionar una respuesta eficaz.

C. Fase de Frustración. En esta fase la frustración, desilusión o desmoralización se hace presente en el individuo, el trabajo carece de sentido, todo les irrita, causando conflictos en el grupo de trabajo. La salud comienza a fallar y aparecen problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

D. Fase de Apatía. En esta cuarta fase, ocurre una cadena de cambios actitudinales y conductuales. (afrontamiento-defensivo) como la ocurrencia de tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica , con la anterioridad cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejorar el servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo- evitativo de las tareas estresantes y de la huida de personal, estos son mecanismos de defensa de los individuos.

E. Fase de Quemado. En esta fase se da un colapso emocional y cognitivo con consecuencias importantes para la salud, puede obligar al trabajador para que deje su empleo y forzarle a una vida profesional de insatisfacción y frustración laboral.

1.1.4.2 Desarrollo. El desarrollo de este síndrome puede ser percibido conscientemente por la persona afectada o bien; puede negarse o mantenerse no reconocido durante mucho tiempo, en su evolución la persona poco a poco se va sintiendo afectada y va cambiando sus actitudes hacia el trabajo y las personas con las cuales trabaja, y hacia la misma institución. La actitud que desempeñe cada profesional para afrontar los síntomas de alarma, (ansiedad, estrés percibido) va a ser concluyente para desarrollar este síndrome. Cuando se mantiene o se repite con insistencia la percepción de amenaza o daño personal y las situaciones llegan a ser vividas como experiencias negativas e irritantes pero inevitables, sin poder hacer un esfuerzo readaptivo efectivo ni poder escapar de esa realidad; es aquí el momento cuando se origina el desarrollo del Burnout, que es un síndrome con un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo. (López, N. Beltrán, C. Cerezo González, pág. 235).

1.1.5.-Características, causas y consecuencias del Burnout.

1.1.5.1 Características: El síndrome incluye las siguientes características (Marisa Bosqued pág. 25)

- Agotamiento emocional. Se da la fatiga, la pérdida de energía con disminución de los recursos emocionales.
- Despersonalización. Se manifiesta con actitudes de insensibilidad y deshumanización, consientes en actitudes negativas e inclusive a veces con cinismo, hacia los emisores del servicio prestado por el trabajador.
- Baja realización personal. Frustración en la manera de realizar el propio trabajo y de los resultados conseguidos en el, que tienden a valorarse de manera negativa y con una insuficiencia profesional propia.

1.1.5.2 Causas. Se han hipotetizado múltiples causas del síndrome entre las cuales se distingue el aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y reducidas condiciones económicas, sobrecarga en el trabajo, y la falta de motivación, reducida orientación profesional, bajas expectativas de esfuerzo y altas expectativas

de castigo y así como expectativas bajas para controlar las maneras de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional e incluso se ha adjudicado el modelo de la indefensión aprendida como explicación del fenómeno del Burnout , la explicación de porqué las profesiones asistenciales son las más afectadas por este (síndrome) están íntimamente relacionadas con la etiología del Burnout.(Marisa Bosqued, pág. 25)

Maslach y Jackson (1981). Explican que a los profesionales asistenciales se les pide que utilicen un tiempo considerable e implicación con personas que a menudo se encuentran en situaciones problemáticas en donde la relación está cargada de sentimientos de frustración, temor o desesperación, la tensión resultante puede causar un efecto de “deseccación” emocional que dejaría al profesional vacío y con Burnout; considerado como una respuesta emocional y coloca a los factores laborales e institucionales como condicionantes y antecedentes de esta forma de respuesta emocional que pasara a ser considerada no como una variable del Burnout, sino como una definición del fenómeno (Buela-cosol, 1991) es decir que tiene su origen en una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico (Montesdeoca, 1997).

1.1.5.3 Consecuencias. Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo pueden situarse en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil-Monte y Peiró, 1997, pp. 81-95).

a). Dentro de las consecuencias para el individuo podemos establecerlo en cuatro categorías: a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia. b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia. c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad. d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis,

nauseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

b). Respecto a las consecuencias que para la organización es que sus individuos se vean afectados de manera significativa por el síndrome de quemarse y se pueden mencionar los siguientes índices: (a) deterioro de la calidad asistencial, (b) baja satisfacción laboral, (c) absentismo laboral elevado, (d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, (e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, (f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, (g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

1.1.6.-Prevención y tratamiento del síndrome del Burnout.

En la prevención del síndrome del “Burnout” es imprescindible intervenir sobre las circunstancias de trabajo, y el entorno laboral además de proporcionar estrategias al trabajador para enfrentarse a determinadas situaciones de su actividad laboral, tenemos que considerar tres niveles de actuación en la prevención de este síndrome:

Intervenciones sobre el nivel organizacional. Se han planteado diversos procedimientos para intervenir desde este nivel, en la prevención de este síndrome Gil Monte y Peiró (1997) traza métodos como:

1). Programa de socialización anticipatoria: Que proporcionan que los profesionales desarrollen estrategias para enfrentarse con las expectativas irreales que tienen sobre la profesión, aquí se discuten los ideales y se analizan las discrepancias de cómo se realizan las cosas en el trabajo y como debería realizarse.

2). Programa de retroalimentación: Se lo realiza mediante cuestionarios del grado de satisfacción a usuarios, se obtiene información sobre la actividad y el servicio que ofrecen los profesionales.

3). Desarrollo Organizacional: El objetivo es mejorar los procesos de renovación y la solución de problemas que tienen las organizaciones.

a). Intervenciones sobre el sistema interpersonal. Este síndrome tiene su inicio en el deterioro de las relaciones interpersonales de los profesionales, que forman parte del grupo del trabajo así como también en la relación de los profesionales con los usuarios.

Pines, (1983) describe diferentes maneras de ofrecer apoyo social en el trabajo:

- 1) Atender a la persona de forma activa pero sin formular consejos, ni juzgar acciones.
- 2) Proporcionar apoyo técnico mediante expertos que informen al trabajador de cómo efectuar su trabajo.
- 3) Instituir en los profesionales necesidades e ideas de reto, creatividad e implicación en el trabajo por parte de otros profesionales expertos.

b). Intervenciones sobre el Individuo. El objetivo es que la persona aprenda técnicas o estrategias que le permitan afrontar las situaciones de estrés. Se puntualizan en las siguientes:

- 1) Entrenamiento en resolución de problemas. Esta intervención procura ayudar a los profesionales a resolver sus problemas y optimar su toma de decisiones, facilitar el reconocimiento y la identificación del problema, así como también la respuesta impulsiva ante él.
- 2) Entrenamiento en la gestión eficaz del tiempo.
- 3) Renovar las habilidades sociales, de comunicación y del manejo de emociones.
- 4) Adoptar estilos de vida que favorezcan un distanciamiento mental del trabajo en el hogar.

CAPITULO 2

CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

2.1.- Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

Como variables relevantes del síndrome de Burnout, se consideran variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, etc., y variable socio laborales como la antigüedad y categoría profesional en el puesto, los cuales tienen relevancia en la etiología del síndrome afectando en su desarrollo y consecuencias.

2.1.1. Variables de riesgo y protectoras.

Entre las variables de riesgo y protectoras según (Mingote Adán pág. 333) se distinguen las siguientes:

-Edad. Se da con más asiduidad entre las personas más jóvenes. La satisfacción laboral se acrecienta con la edad y se sabe que la satisfacción con el trabajo es el mejor predictor único de longevidad, en general con la edad aumenta la satisfacción laboral, de forma característica en los trabajos estresantes disminuye la satisfacción laboral y aumenta el estrés laboral a lo largo de la carrera profesional.

-Genero. Las mujeres muestran más estrés laboral que los varones sin embargo esto depende de la calidad del rol laboral (las mujeres han desempeñado trabajos de baja calidad a lo largo de la historia) y la mayor reactividad al estrés de la mujer, por su aumento a las exposiciones a más estresores y por su menor disponibilidad de recursos para poder afrontarlos.

-Estado civil. Los solteros y separados son los más propensos al desarrollo del desgaste profesional, los espacios de formación en la especialidad son áreas críticas para el desarrollo del síndrome de desgaste profesional, con un perfil de riesgo elevado de sufrir desgaste ocupacional incluye las siguientes variables individuales: ser mujer,

mayor de 45 años, separada. Viuda o divorciada, con bajo soporte social, sobrecarga de trabajo y elevado estrés organizacional.

-Características del trabajo. Este síndrome tiene relación con la sobrecarga del trabajo, conflicto y ambigüedad del rol, escasa participación y carencia de control del trabajador y trabajo asistencial; en relación directa con enfermos crónicos, graves y terminales. En estos procesos los profesionales sanitarios estarían más expuestos a un mayor nivel de sufrimiento por frustración del objetivo, incertidumbre y dificultades de relación con pacientes tan complicados y con sus familiares, también se han señalado como factores de riesgo para el desgaste profesional, un estilo directivo autoritario y el insuficiente soporte social en la empresa con escasos de mecanismos de comunicación y control en cuanto a la calidad del desempeño laboral.

2.1.2.-Motivación y Satisfacción Laboral.

2.1.2.1 Motivación.- Mucho se ha indagado sobre la motivación y la satisfacción laboral relacionadas con el síndrome de burnout; aquí juega un papel importante en la motivación laboral la motivación intrínseca que es definida por sus autores (Houkes, Janssen, de Jonge y Nijhuis 2001). Como el grado en el cual la persona desea hacer bien su trabajo para conseguir satisfacción laboral. Sin embargo se reconoce que coexiste un solapamiento entre motivación intrínseca y satisfacción laboral, así como la presencia de estudios empíricos que respaldan las relaciones de satisfacción con las características del trabajo. El cansancio emocional hace referencia a los sentimientos y al estado emocionalmente exhausto y haber agotado todos los recursos emocionales de que disponía, el burnout ha expuesto su relación con la sobrecarga laboral, las presiones temporales, la falta de apoyo social y la ambigüedad de las propias tareas y responsabilidades. El propósito de abandonar el trabajo es una consecuencia cuyas causas no son claras, pero un antecedente importante puede ser el incumplimiento de expectativas a una o varias dimensiones de la relación laboral.

2.1.2.2 Satisfacción Laboral.- En lo que se refiere a la satisfacción laboral esta puede estar relacionada con los niveles del síndrome del Burnout (Cherniss, 1980, Burke y Greenglass, 1987, y Jiménez 2004). Se concibe a la satisfacción laboral como una actitud debido a que hace referencia a diversas opiniones y conductas del trabajador hacia sus labores, por lo que se puede explicar que se trata de unas "actitudes

laborales positivas” las cuales revelan que los individuos manifiestan “sentimientos de satisfacción cuando piensan o hablan de sus sitios de trabajo, aunque otros aspectos del trabajo pueden resultar en diferentes tipos de sentimientos. (Hulin, 1991, pág.45) La satisfacción laboral como actitud está compuesta de tres elementos: cognitivo, afectivo y conativo, el componente cognitivo hace mención a las creencias, valores y hábitos que tiene la persona hacia su trabajo; el afectivo hace mención a los sentimientos, y emociones y finalmente el conativo se refiere a la predisposición de comportarse de cierta forma hacia los diversos aspectos del trabajo (Rodríguez y Dei, 2002, ob. cit.).La calidad de vida laboral, precisa en última instancia la permanencia de los trabajadores, la cual está relacionada con los niveles de satisfacción laboral.

2.1.3. Investigaciones Realizadas.

En investigaciones efectuadas en las últimas décadas sobre las variables socio demográficas se distinguen las siguientes:

Quiroz y Saco (2000) analizaron las respuestas obtenidas a través del MBI y de dos cuestionarios de auto informe sobre satisfacción laboral y autopercepción en 73 enfermeras y 64 médicos del Hospital Sur Este del Cusco. Encontraron que a mayor satisfacción laboral, menor era la presencia de indicadores de burnout.

Manzano y Ramos (2001) obtuvieron la información del MBI en 265 profesionales de enfermería del Hospital las Cruces de Baracaldo, encontrando que los años de experiencia benefician el control personal percibido, disminuyendo el grado de indefensión hacia la presencia del burnout.

Villena, N. Mendo, T. y Vásquez C. (2003) estudiaron las respuestas al MBI de 56 enfermeras pertenecientes a tres hospitales de Trujillo. Los resultados obtenidos indicaron que existía un nivel bajo en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización del síndrome de burnout y alto en la dimensión de realización personal.

Albaladejo, Villanueva, Ortega, y colaboradores (2004) investigaron las respuestas del MBI y a un cuestionario de variables sociodemográficas al que añadieron cinco preguntas sobre las posibles causas y consecuencias de su cansancio laboral en 622

profesionales en enfermería – tanto licenciadas como auxiliares. Concluyeron que en las personas con indicadores de burnout existía un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

Grau, Suner, García y otros (2005) estudiaron las respuestas de 1.095 enfermeras al MBI y a un cuestionario de clima laboral, encontraron que la experiencia en la profesión, el optimismo, y la valoración del trabajo, se asociaron inversamente con la despersonalización, hallando un alto nivel de de cansancio emocional asociado al consumo de tranquilizantes y antidepresivos, mientras que el optimismo y la satisfacción laboral tuvieron una asociación inversa.

2.2. El burnout y la relación con la salud

Los trabajadores de la salud constituyen uno de los colectivos profesionales que experimentan mayores niveles de Burnout, afectando a la salud física y mental. Si las respuestas al estrés son excesivamente intensas, frecuentes y duraderas pueden producir diversos trastornos psicofisiológicos.

2.2.1. Definiciones de salud.

- ✓ Bernard en 1938 *definió a la salud como “un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo”.*
- ✓ Sigerist en 1944 definía *“salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”.*
- ✓ Georges Canguilhem, 1966 *sostiene que la salud es la “posibilidad de recuperar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual, e instituir normas nuevas en situaciones nuevas”.*

- ✓ La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace poco más de 50 años; *definió a la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez”.*

2.2.2. Síntomas somáticos.

Son causados por problemas psicológicos, y que se manifiestan con alteraciones del organismo, generalmente de tipo funcional en las cuales se encuentran las cefaleas, dolores osteomusculares especialmente dorsales, quejas psicósomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, y el aumento de ciertas determinaciones analíticas como:(colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc).

2.2.3. Ansiedad e Insomnio.

2.2.3.1 Ansiedad.- La ansiedad es una emoción natural, presente en todos los seres humanos que resulta muy adaptativa pues nos pone en alerta ante una posible amenaza, pero sin embargo en ocasiones se vive como una experiencia desagradable (emoción negativa) especialmente cuando obtiene una elevada intensidad, que se ve reflejada en fuertes cambios somáticos, además cuando es muy penetrante puede provocar una pérdida de control sobre la conducta normal. En el nivel de ansiedad puede observarse en un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales), y motor (conductual-observable). American Psychiatric Association (2000).

2.2.3.2 Insomnio.- El insomnio es uno de los trastornos más frecuentes del sueño tanto en la población general como en la práctica médica, la calidad del sueño obedece a diversos factores como el estado de salud y las circunstancias externas del estrés laboral, y la fatiga son los agentes perturbadores del sueño más relevantes en los trabajadores varones (Urponen H, Vuori I, Jasan J. Y Partinem M. 1988). En situaciones de estrés uno de los síntomas más frecuentes es el insomnio o incapacidad para conciliar el sueño de buena calidad que es de manera transitoria (unos pocos días) de corta duración (mínima a tres semanas) o de larga duración (insomnio crónico) de duración superior a tres meses, estas variaciones como otros síntomas de

ansiedad resultan de la interacción entre los factores estresantes y la vulnerabilidad del paciente como son la ansiedad-rasgo y el neuroticismo. El insomnio crónico se asocia con un estado de activación psicofisiológico y cognitivo-afectiva con internacionalización y mal procesamiento emocional, después de estar instaurado el insomnio el paciente desarrollara temor a no dormir, que intensificara la alerta emocional y perpetua el insomnio por retroalimentación negativa y cuando más el sujeto se esfuerce por conciliar el sueño menos podrá dormir.

2.2.4. Disfunción social en la actividad diaria.

Maslach (Gil Monte y Peiró, 1997) señalan que el síndrome de quemarse por el trabajo no finaliza cuando la persona abandona el trabajo sino por el contrario afecta a su vida privada pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y círculo social. La persona se muestra en casa irritable e impaciente, un inconveniente que la familia tiene que aprender a manejar, de la misma manera debido al agotamiento emocional las personas se encuentran más incapacitadas para alejarse de los problemas laborales al llegar a casa, anhelan estar solos y deterioran sus relaciones interpersonales, exigiendo un mayor grado de atención de los suyos para ellos y en ocasiones no les dan llevándolos a una actitud de aislamiento y de falta de comunicación, evaden hablar de las preocupaciones laborales y se rehúsan a lidiar sobre los problemas familiares.

Otra disfunción que afecta en la familia es el endurecimiento permanente de los sentimientos de la persona a causa de las actitudes de despersonalización, también puede suceder que la persona se incline totalmente en su trabajo desplazando las relaciones familiares a un segundo plano. La primera evidencia del burnout es el cansancio, depresión, trastornos de sueño y cambios en el apetito. En la segunda viene la insatisfacción donde se pierde la felicidad y el placer en las cosas que se están haciendo, es aquí cuando aparece la indiferencia, el cinismo y los resultados ya no importan, en muchas ocasiones estas actitudes nacen en relación a todo el grupo que está trabajando y en el ambiente en que nos desempeñamos esto crea irritabilidad y falta de participación, la persona deja de estar vigente en las actividades grupales, esto acarreará a la sensación de fracaso profesional y personal; por lo tanto esto instaura hábitos tóxicos y el abandono laboral. En el tercer lapso lo que comenzó con el cansancio, continuo con la insatisfacción y luego a este nivel se convierte

rápidamente en un trastorno de relación social que mas próximo afectara la vida marital y familiar.

2.2.5. Tipos de depresión.

Según Retamal (1998) la depresión se clasifica en: bipolar-monopolar, primaria-secundaria, endógena-reactiva y mayor-menor.

a). Depresión bipolar y monopolar. La depresión bipolar se manifiesta como una oscilación entre dos extremos, uno con tristeza y otro con euforia alternativamente, y en el caso de la monopolar se da solamente con tristeza patológica. La depresión monopolar se presenta comúnmente como consecuencias a situaciones vitales, esfuerzos agotados o desesperanzas, en cuanto que la bipolar a menudo representa una aproximación de relatos genéticos y parentales.

b). Depresión primaria y secundaria. La primera hace referencia a la producción principal de la enfermedad, sin causas biológicas, físicas o psiquiátricas las cuales nacen primeramente en el organismo y no es una división o secuela de algo más. La segunda cree que el origen primario es biológico, como cáncer, tumores cerebrales, etc, físicos como los tranquilizantes, anticonceptivos, etc, o psiquiátricos como los trastornos de la personalidad.

c). Depresión endógena y reactiva. Se piensa que la depresión endógena no tiene causas que la desencadenen externamente, sino que poseería una influencia orgánica, mientras tanto que la depresión reactiva se da como una reacción a las circunstancias externas.

d). Depresión mayor y menor (distimia). Estas depresiones llamadas comúnmente como distimia, aluden a la depresión monopolar, diferenciándose la primera por ser intensa, mientras que la distimia por ser leve. La distimia se ha ligado a características personales, susceptibilidades y propensiones a ser afectados por el entorno, mientras que la depresión mayor posee influencias orgánicas y genéticas.

2.2.6. Investigaciones realizadas.

Por la década de los años noventa, en 1992 se realiza un estudio en la ciudad de Murcia acerca de la escala para la Evaluación del Burnout, que se efectuó en sujetos concernientes a tres profesiones calificadas como de alto riesgo de Burnout: enfermeros, profesores y trabajadores sociales. Los resultados alcanzados dan muestra que el síndrome, tiene una fiabilidad (consistencia interna) y validez satisfactoria, además se evidenció la presencia de dos factores: actitudes y expectativas negativas hacia el trabajo, pudiendo considerarse como una enfermedad de agotamiento, desaliento y desilusión en el trabajo.

Se encuentra un estudio realizado en el año 2000, su objetivo principal fue identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos (UCI) de diferentes hospitales de la provincia de Alicante, en el cual se utilizó en cuestionario MBI, encontrando que, los profesionales de enfermería estudiados, presentan unos niveles razonables de estrés laboral asistencial.

Román (2003) en la investigación "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)", encontró los siguientes hallazgos: "Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención".

Ibáñez y Vilaregut (2004), en el estudio "Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona, determinaron que: "El 71.4% de las enfermeras estudiadas presentaron síntomas físicos y psíquicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada y éstos se correlaciona con el cansancio emocional y la despersonalización.

2.3. El burnout y el afrontamiento.

El afrontamiento es un importante moderador en los procesos de estrés incluido el Burnout, el desarrollo de este síndrome implica uno de los riesgos psicosociales más graves que entrañan los contextos laborales actuales, cuando las estrategias de afrontamiento no son suficientes frente a las demandas del medio o son mal empleadas originan cuadros de estrés o Burnout.

2.3.1. Definiciones de afrontamiento.

-Lazarus y Folkmán, 1985 definen *el afrontamiento como:* “*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”.

-Murphy (1974; citado en Pastrana, 1998) *define como* “*un proceso que permite que la persona sea capaz de tratar con un reto o aprovechar una oportunidad donde la adaptación sería el resultado y que cada persona utiliza su propio método para enfrentar una situación particular en un momento específico*”.

-Lazarus y Launier (1978; Citados en Aduana, 1998) *entienden por afrontamiento,* “*los esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas que son creadas por la transacción estresante*”.

-De acuerdo con Pearlin y Schooler (1978; citados en Aduana, 1998) *el afrontamiento* “*son conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando; contiene con los problemas de la vida*”.

-Para Kagan (1983; citado en Pastrana, 1998)*el afrontamiento se entiende como* “*las relaciones que resuelven el estado afectado clasificado como sobre estresante*”.

2.3.2. Teorías del Afrontamiento.

La concepción de afrontamiento se ha ajustado en dos corrientes distintas; una que proviene de la experimentación animal y la otra del de la psicología psicoanalítica del yo. La primera corriente se congrega en el concepto de activación (drive o arousal), la cual define el afrontamiento como aquellos sucesos que controlan las condiciones aversivas (nocivas o peligrosas) y que disminuye el grado de drive o de activación; aquí se señalan las conductas de evitación y huida. Esta teoría no permite conocer a fondo sobre el afrontamiento humano ya que no se incluye el afrontamiento cognitivo y los mecanismos de defensa (Ridruejo, 1997; citado en Martínez Díaz y Solís, 2001).

En la corriente psicoanalítica de la psicología del ego, el afrontamiento se define como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y como consecuencia hay una reducción del estrés. Como se puede ver, este modelo relaciona el afrontamiento sobre todo con la cognición, ya que hace reseña a varios procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas. También, se concibe en él una categoría de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados. Además, desde el modelo psicoanalítico se ha tendido a medir el afrontamiento considerando los rasgos y no los procesos, entendiendo por rasgo de afrontamiento las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una forma determinada.

Lazarus y Folkman (1991) exteriorizan algunas de las consideraciones que se deben de tener en cuenta para una definición de afrontamiento. Una de éstas es, que la actividad de afrontamiento debe diferenciarse de la conducta automatizada; ya que la primera implica esfuerzo mientras la segunda no; debido a que cuando actúan los procesos de aprendizaje las conductas se convierten en automáticas, aunque en un principio fueron producto de un esfuerzo. Otra es que se debe considerar el afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cuál sea el resultado; y no se debe pensar ninguna estrategia como mejor o peor que otra, sino que las consideraciones de adaptatividad de una estrategia deben hacerse de acuerdo con el contexto en el que se da. Y por último, que el afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno; puesto que muchas fuentes de estrés no pueden dominarse, entonces el

afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, y hasta ignorar aquello que no puede dominar.

2.3.3. Estrategias de Afrontamiento.

El afrontamiento se evalúa como una estrategia de marcado de carácter individual, modulando por ello el carácter estresante o no de las situaciones que atraviesa de ser una característica objetiva al resultado de la valoración que el sujeto hace de ella. (Folkman y Lazarus, 1980) proponen dos estrategias para afrontar el estrés.1) afrontamiento directo o acción directa, que es una estrategia empleada externamente a la fuente ambiental del estrés, para intentar dominar la transacción dominante con el ambiente y 2) afrontamiento indirecto o acción paliativa, que es una estrategia usada con las propias emociones, en la que el individuo intenta reducir el trastorno cuando es incapaz de controlar el ambiente o cuando la acción es demasiado costosa. Pines y Kafry (1981), en un estudio sobre “estar quemado” y afrontamiento amplían una dimensión activo/inactivo a la dimensión directa-indirecta propuesta por Lazarus. Las estrategias de afrontamiento activo implican confrontación o tentativa de cambiar la fuente del estrés, mientras que la estrategia de afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente del estrés por medios cognitivos o físicos, esta combinación genera cuatro tipos de estrategia de afrontamiento directo/activo (cambia la fuente de estrés o de confrontación con la persona que causa el estrés), directo/inactivo(ignora la fuente de estrés y abandona las situaciones estresantes), indirecto/activo (dialoga con otras personas sobre el estrés para que le sirvan de apoyo y extenderse en otras actividades), e indirecto/inactivo (beber alcohol, tomar drogas, etc).

En los estudios de Pines y Kafry los resultados ratificaron que las estrategias activas y directas son más eficaces en el afrontamiento de “estar quemado” y las mas ineficaces fueron las estrategias inactivas/indirectas, estos autores aluden a importantes pruebas que demostrarían que estas estrategias de afrontamiento desempeñan una función importante en los resultados relacionados con el estrés laboral independientemente del nivel del estresor.

Leiter (1990,1991) señala que las estrategias de afrontamiento de control proceden del síndrome de “quemarse” por que aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome.

2.3.4. Investigaciones realizadas.

Figuroa, Contini, Lacunza, Levín, y Estévez (2005) estudiaron las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico, en un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). Se buscaron las estrategias de afrontamiento en adolescentes de contexto socioeconómico bajo, en relación con el nivel de Bienestar Psicológico. El estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo; la muestra utilizada fue incidental; se trabajo con 150 adolescentes escolarizados de 13 a 18 años de edad, de San Miguel de Tucumán (Argentina); se uso la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), Los resultados sacados fueron: se hallaron diferencias significativas en el empleo de estrategias de afrontamiento en adolescentes con alto y bajo nivel de bienestar psicológico, así como también entre estrategias de afrontamiento y sexo.

Vásquez (2005), efectuó una investigación sobre los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino en la ciudad de Arequipa. El interés de este estudio fue el de conocer cuáles eran los estilos de afrontamiento de un grupo de mujeres con cáncer de cuello uterino que se atendieron en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa. La muestra estuvo conformada por 70 mujeres que oscilaron entre los 25 y 85 años, diagnosticadas con cáncer de cuello uterino que se encontraban en la primera semana de tratamiento mediante radioterapia. Los resultados de mostraron que: la estrategia de afrontamiento utilizada por la totalidad de las participantes y con las más altas puntuaciones es acudir a la religión con 100% y seguida por afrontamiento activo y planificación; las estrategias menos empleadas son desentendimiento conductual y enfocar y liberar emociones.

Urquidi, Montiel y Gálvez (1999), del Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Sonora, realizaron un estudio sobre el ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Cuyo propósito fue el de establecer la relación entre afrontamiento y ajuste psicosocial a la enfermedad, así

como identificar la asociación entre estas pacientes. Para tal fin se utilizaron la Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad de Derogatis (1986) y la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Beckman y Adams (1984). Se seleccionó a 43 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, cuyas edades fluctuaban entre 20 y 70 años. Los resultados encontrados revelan que: las pacientes en este estudio, no experimentaron cambios importantes en el ajuste psicosocial como producto de la enfermedad en seis de los siete dominios evaluados (cuidado de la salud, ambiente laboral o vocacional, ambiente doméstico, ambiente social, relaciones familiares extendidas y aflicción psicológica).

En la ciudad de Bogotá se realizó un estudio comparativo del síndrome burnout en personal de salud en el hospital militar y cuyas personas atienden pacientes con enfermedades crónicas buscando así identificar los factores que precipitan el síndrome de burnout, los resultados arrojados por esta investigación demuestran que el “personal no cumple con los criterios que indican la presencia del síndrome de burnout, y en cuanto a los recursos de afrontamiento las puntuaciones de la mayoría de las personas evaluadas se ubicaron en un nivel medio, lo cual indica que la mayor parte del personal de salud tiene estrategias adecuadas

2.4. El Burnout y su relación con el apoyo social

El apoyo social desempeña un papel importante en la salud y el bienestar de las personas, este apoyo puede desencadenar o facilitar los efectos del síndrome de Burnout, este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que las personas reciben de familiares y amigos, las relaciones mantenidas condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no, conforme aparecen ambientes más agresivos aumentan las posibilidades de padecer burnout.

2.4.1 Definiciones de apoyo social.

El apoyo social se ha conceptualizado de diversas maneras:

- *“Proceso interactivo en el que puede obtenerse ayuda, emocional, instrumental o financiera a partir de una red social.”* (Bonling, 1991; citado en Carmona y Carmona 2004).

- Cobb (1976; citado en Aduana, 1998) *define al apoyo social como “ información que se lleva a las personas al creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de obligación mutua”.*
- Caplan (1974; citado en Barrón, 1996) *define al apoyo social como “una guía y retroalimentación (Feedback) proporcionando por otras personas que permiten al sujeto manejar un evento estresante”.*
- Nause (1981; citado en Barrón, 1996) *considera al apoyo social como” transacciones interpersonales de una o más de los siguientes tipos: a) interés apoyo emocional, b) ayuda o apoyo instrumental (información relevante para resolver el problema), c) apoyo evaluativo (información para evaluar la actuación personal)”.*
- Otros autores han conceptualizado el apoyo social como “*el intercambio de recursos entre al menos un receptor y un proveedor de estos recursos; en el intento de cumplir el bienestar de los recursos de los receptores” (Servicios Comunitarios Integrados, 1999; Citado en Carmona y Carmona, 2004).*

2.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social.

Entre los modelos explicativos del apoyo social tenemos:

El modelo denominado Efecto Buffer o Amortiguador, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que las personas se ven sometidas al estrés, cuando el apoyo social ejerce dominio sobre el estado de ánimo, salud y bienestar en general. Esta teoría señala dos efectos importantes derivados de la disposición del apoyo social. (Barrón, Lozano y Chacón, 1988).

De acuerdo con el modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria. En lo que se refiere a la primera la ayuda de sustento de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En lo referente a la valoración secundaria, la disposición de recursos aportados a su red (tanto emocionales,

instrumentales o de información) aumentaría la percepción y capacidad para hacer frente a la situación.

Heller y Swindle (1983), desarrollaron un modelo de apoyo social basándose en la hipótesis original del modelo de Buffer, en el cual agrega otros aspectos como: La historia previa del aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o los estilos de afrontamiento que muestra el sujeto, todos estos elementos en conjunto van a influir en la valoración cognitiva de la situación del estrés, con la provisión o disponibilidad subjetiva del apoyo procedente de la red social; así como también en las respuestas del afrontamiento. Según estos autores los resultados dudosos de estos estudios que tratan de aceptar el efecto amortiguador se deben a la no consideración del sujeto como agente activo en el desarrollo y en el uso de su red social. En este sentido la persona que utilice o no una medida efectiva de apoyo social durante el suceso estresante esto va a deberse a la disponibilidad que tenga de ese apoyo como también a las características y competencias personales para poder acceder y manejar ese apoyo, como así también de los patrones de afrontamiento desarrollados anticipadamente.

2.4.3. Apoyo Social Percibido.

Este tipo de apoyo se puede identificar como la información que llega a tener una persona de una o más de las tres siguientes clases: información de que el sujeto es querido, información de que el sujeto es estimado y valorado e información de que el sujeto posee la capacidad para establecer redes de comunicación y de relación.

Este tipo de apoyo aparece como un factor ante el síndrome del quemado, dado que el apoyo ayuda a manejar mejor el estrés y la tensión, este apoyo puede ser tanto del ámbito más íntimo como es la familia, los pares, los supervisores. Por otro lado una de las características importantes personales es la susceptibilidad a los estímulos emocionales del lugar del trabajo que contribuye a que las personas presenten este síndrome solo por estar expuestos a otras personas con burnout. (Cordes y Dougherty, 1993)

2.4.4. Apoyo Social Estructural.

Este tipo de apoyo está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social de los individuos, estas redes sociales proporcionan el marco estructural y los recursos necesarios para que el apoyo social se haga accesible al individuo desde un “marco funcional”.

2.4.5. Investigaciones Realizadas.

Riquelme, Buendía y Rodríguez (1993), realizaron un estudio sobre las estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. Se estudio la relación entre depresión, estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas que se han visto expuestas a graves dificultades personas que obtuvieron alteración psicológica. Por último, la percepción del apoyo social parece relacionarse positivamente con la salud de forma directa, y a través de las estrategias de afrontamiento económicas. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: el General Health Questionnaire GHQ), la escala ISEL, y la escala de Lazarus y Folkman. Se aplicaron a una muestra de 82 personas (35 hombres y 47 mujeres). Los resultados obtenidos revelaron la presencia de un elevado porcentaje de positivos según la escala de GHQ. El análisis indicó una asociación positiva entre bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento centradas en la confrontación, el autocontrol y la planificación.

Martínez García y Maya (2001), de la Universidad de Sevilla, condujeron un estudio sobre el efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. Los objetivos a examinar fueron la influencia que sobre la depresión ejercen las circunstancias vitales estresantes y la suficiencia de apoyo social. Se examinó una muestra de inmigrantes residentes en Marbella. Se utilizaron como instrumentos de medida el cuestionario Mannheim de apoyo social, la escala CES-D de depresión y la escala de problemas en distintas áreas vitales de Die y Seelbach. Se comprobó la presencia de un efecto amortiguador del apoyo social en un colectivo de inmigrantes de diverso origen étnico.

Carrboles, Remor y Rodríguez-Alzamora (2003) realizaron una investigación sobre Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección

por VIH. En este estudio, los autores describen la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido (afectivo y sanitario) con el estrés emocional en una muestra de 229 adultos, hombres y mujeres de distinto origen cultural (español y peruano) infectados de VIH. Los resultados obtenidos, indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de estrés emocional experimentado por los sujetos.

Calvo y Díaz (2004), de la Universidad Autónoma de Madrid, efectuaron un estudio sobre el apoyo social percibido, enfocado en las características psicométricas de un nuevo cuestionario de apoyo social percibido (CASPE) en una población urbana geriátrica. En esta investigación se examinaron las características psicométricas del cuestionario breve de apoyo social percibido, denominado CASPE, en una muestra comunitaria de 207 personas mayores. Se encontró una correlación positiva significativa para el apoyo social y una correlación negativa y significativa con las medidas de estrés y ansiedad, y la evaluación positiva emitida por los expertos, se aportó indirectamente validez al cuestionario.

2.5. El Burnout y su relación con la Personalidad.

La personalidad del individuo, su vocación influyen poderosamente en el desarrollo del burnout, los sentimientos, pensamientos y actitudes son características de la personalidad, estas características más que desencadenantes se consideran habilitadoras o inhibidoras del síndrome esto es, que en función que se presenten en menor o mayor grado, aumentara o disminuirá la posibilidad que el burnout aparezca.

2.5.1. Definiciones de personalidad.

- Puede definirse *como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona.*
- La personalidad se deriva del latín persona *que hace referencia a la máscara que utilizan los actores de una obra. Aquí se puede observar como la gente llevo a referirse a la apariencia exterior, al rostro público que mostramos a quienes nos rodean.*

- La personalidad *se refiere a las características externas y visibles, a los aspectos propios que los demás pueden observar. Por ende definimos nuestra personalidad en función de las impresiones que dejamos en los otros es decir lo que parecemos ser.*
- La personalidad *son los aspectos únicos, internos y externos, relativamente perdurables del carácter de una persona que influyen en su comportamiento en situaciones distintas.*

2.5.2. Tipos de personalidad.

Los tipos de personalidad más relevantes en los estudios del estrés laboral son:

a). La personalidad tipo A: Este tipo de personalidad incrementa los efectos de diversos agentes estresantes en el trabajo, tienen problemas para auto-disciplinarse, para realizar las tareas de forma pausadas, pues pretenden abarcar desesperadamente todo lo que puedan hacer como menciona Muchinsky (2002, pág. 313), la persona con estas características se abrumba con el trabajo y no es capaz de detenerse ante él para lograr la relajación momentánea, de ahí que corre un riesgo mayor de ser afectado por el estrés diario.

b). Personalidad neurótica: Estas personas con este tipo de personalidad tienden a ser personas hipersensibles, al orden y a ciertas circunstancias que pasan desapercibidas por los demás, ellas la viven de forma exagerada. Para Horney (1951) las personas neuróticas se descubren porque sus necesidades son más intensas y cargadas de ansiedad que el común de las personas, lo que las lleva a volverse inflexibles y a utilizar predominantemente una actitud de sometimiento, pelea o alejamiento de los demás.

c). Personalidad con “locus de control externo”: Las personas con “locus de control externo” se considera que no tienen control sobre los acontecimientos que los lleva a adaptarse pasivamente, el estrés se intensifica cuando las respuestas son pobres o inexistentes, por lo tanto las personas con este tipo de personalidad estarán

más expuestas a ser desgastadas por los estresores justamente por inhibir sus replicas. (Reeve, 1991).

2.5.3. Patrones de Conducta.

Estos patrones no son rasgos de la personalidad, ni una reacción puntual a una situación desgastante, sino a la reacción de una persona predispuesta caracterológicamente para una situación que le resulte desafiante. Diferentes tipos de situaciones evocan reacciones máximas a diferentes personas.

- **Patrón de conducta tipo A (PCTA).** Abarca la acción-emoción y se manifiesta en un círculo de demandas desafiantes: se imputan a estos sujetos conductas de impaciencia, apresuradas, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia, se identifican también por la irritabilidad, implicación y compromiso excesivo en el trabajo, gran necesidad y deseo de logro, estatus social y lucha por el éxito. Son personas que se contrarían cuando su trabajo se ve interrumpido por otro sujeto, prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo estrés y se inquietan rápidamente cuando se retrasan, por lo general se los relaciona con conductas que no benefician a la resistencia del estrés. (Manassero A, 2003)
- **Patrón de conducta tipo B (PCTB).** Contrario al patrón A, se ven mínimamente afectados por ataques cardíacos al llegar a la edad madura, no presentan hiperactividad motora y poseen menor reactividad fisiológica frente a situaciones estresantes, estos sujetos realizan las tareas y actividades con competencia, sin la necesidad de cogniciones de control ambiental, ni éxito permanente. (Buendía, J. 1998)
- **Patrón de conducta tipo C (PCTC).** Se presenta en personas introvertidas obsesivas, que interiorizan sus respuestas al estrés, pasivos resignados y apacibles, extremadamente cooperadoras, sumisas y conformistas siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseos de aprobación social.

2.5.4. Locus de control.

Rotter, J. B (1966) para este autor el locus de control es un constructo relacionado con la capacidad que tiene un sujeto para controlar el medio que lo rodea. Y hace referencia a las creencias que tiene un sujeto sobre si es su conducta o un factor fuera de control, lo que determina aquello que le ocurre a la persona. (Beauvois, J.L. 1985). De manera que cuando el individuo cree que es capaz de llevar a cabo una conducta que le conducirá a su objetivo decimos que el locus de control es interno. (Phares, E, J 1976). Por el contrario cuando la causa de su conducta la sitúa en factores del exterior como el azar, la suerte o el destino su locus de control tiende a ser externo. (Apodaca Gorostidi, I. 1993). El locus de control es un concepto estrictamente vinculado con la autoeficacia, lo que sugiere que las medidas futuras de control interno y externo deben corresponderse con la medida presente de autoeficacia en relación con una conducta específica. (Tsiboukli, A. 1988).

2.5.5. Investigaciones realizadas.

Zellars, Perrewé, y Hochwarte (2000) aplicando el MBI y el Big Five Test en personal hospitalario encontraron la existencia de relaciones positivas entre los tres factores del síndrome de burnout y los rasgos de personalidad.

El cuestionario de personalidad más usado para correlacionar el burnout (en todos los casos con el test de Maslach), ha sido el 16-PF de Catell (Cerbria y colaboradores, 2001), encontrándose relación entre ansiedad, bajo nivel de estabilidad y alta vigilancia. Otro estudio fue el realizado por Novoa, Nieto, Forero y otros (2005), utilizando el MBI y el 16-PF en personal de enfermería de un hospital de Bogotá, donde hallaron los factores de agotamiento emocional y despersonalización del MBI se relacionan con los rasgos de personalidad prudente-impulsivo, confiado-celoso y sumiso-dominante.

En cuanto a la investigación del burnout y la estructura de personalidad, se ha encontrado relación entre neuroticismo y burnout, utilizando la escala de Eysenck (Buhler, Land, 2003). Un estudio reciente en Japón, realizado por Lee y Ahktar (2007) aplicando el MBI en 2267 enfermeras de 43 hospitales públicos de Hong Kong,

concluye en la necesidad de investigar las relaciones del síndrome de burnout con otros factores psicológicos como auto eficacia y factores de personalidad.

Encomo, Paz y Liebster (2004), en la investigación titulada "Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería (Venezuela)", determinaron que: El síndrome de Agotamiento no está relacionado con una "Personalidad tipo"; se trata de rasgos de personalidad particulares asociados con la capacidad que tiene un sujeto de utilizar los recursos materiales y psicológicos disponibles para generar respuestas adaptativas entre las necesidades internas y las exigencias del ambiente".

Por su parte Bencomo, Paz y Liebste (2005) en un grupo conformado por 115 profesionales en enfermería del Hospital Universitario en Maracaibo aplicaron la escala MBI el MMPI-2 para establecer rasgos psicopatológicos, el NR-18 y el NORMALALTA, ambos para definir el grado de ajuste psicológico. Los resultados les permitió concluir que las personas con alto puntaje de burnout presentaron los siguientes rasgos de personalidad: sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás, dificultad para establecer contactos sociales y bajo ajuste psicológico. Aquellas personas con bajo nivel de burnout emocional presentaron las siguientes características de personalidad: optimismo, perspectiva realista ante acontecimientos, capacidad para establecer contactos interpersonales y alto ajuste psicológico.

4. METODOLOGIA

4.1. Diseño de investigación

El estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo, no experimental y transversal. El estudio es cuantitativo ya que se analizó la información numérica de los instrumentos evaluados, catalogado como descriptivo dado que se selecciono una serie de cuestionarios, comenzando en una orden primeramente con el cuestionario Sociodemográfico, seguido del MBI, Salud mental (GHC-28), Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), MOS de Apoyo Social y Personalidad de Eysenck (EPQR-A), en una muestra de 30 profesionales de la salud, distribuida en 15 médicos y 15 enfermeras, finalmente, el estudio es de tipo transversal, dado que trabaja con datos que son recogidos en un momento determinado de tiempo.

4.2. Participantes

Los sujetos de investigación son, “la población: 15 médicos y 15 enfermeras de la institución pública” del Hospital “Homero Castanier Crespo” los datos de esta investigación serán recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: variables socio demográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad los cuales están diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentra vinculado a esta institución de salud.

4.3 Instrumentos:

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

Cuestionarios:

1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral.- Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad 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 la investigación.

2. 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 a cerca 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.

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

A Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.

B Ansiedad e Insomnio: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.

C Disfunción social: sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.

D Depresión grave: Sentimientos de desvalida, pensamientos de muerte,

4. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Tiene su origen en el año de 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y

Cruzado pública una versión abreviada adaptada y validada en la población Española la cual utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tiene 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 evalúa 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 como sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esta implique renunciar o alcanzar las metas con que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: Hacer burlas y reírse de la situación estresante.

5. 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 domestica.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Incluye contar con otras personas para comunicarse.
- Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

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

4.4 Recolección de datos:

Para la realización de esta investigación sobre la identificación del burnout en profesionales de la salud, se hizo un acercamiento a la casa de salud del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, para pedir la respectiva autorización del director del hospital, quien después de explicar de que se trataba el tema de investigación y el tipo de cuestionarios que iban hacer aplicados al personal del hospital con una muestra de 15 médicos y 15 licenciadas en enfermería el director accedió a dar la autorización respectiva, así que al día siguiente comencé con la entrega de los cuestionarios en las diferentes aéreas que conforma la casa de salud como: emergencia, terapia intensiva, centro quirúrgico, ginecología y pediatría.

No existió ningún inconveniente ya que tanto los médicos y enfermeras accedieron gentilmente a colaborar indicándoles que la información era confidencial y que sería utilizada solamente por la universidad y mi persona como tema de tesis, así que fueron seleccionados al azar en especial los que querían colaborar ya que por instrucciones del director del hospital no se podía obligar al personal y que los que colaboraran sería por su propia decisión, así que se les entrego los cuestionarios acompañado de los trípticos para que tuvieran conocimiento de que se trataba, y todos en su mayoría quedaron en entregar al siguiente día o en el transcurso de la semana los cuestionarios ya completos, ya que por el tiempo y por el horario de trabajo no podían realizarlo ese mismo momento. La recolección de los instrumentos se los realizo en días posteriores sin ninguna novedad ya que todos habían completado los seis instrumentos en su totalidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

TABLA Nº 1
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO Y LABORAL

DATOS PERSONALES

MEDICOS					
ITEMS	Fr		%		%
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	TOTAL
Genero	9	6	60	40	100
Edad					
25-34	8	4	53	26,67	80
35-44	0	1	0	6,67	7
45-54	1	1	7	6,67	13
Estado civil					
Soltero	3	2	20	13,33	33
Casado	6	4	40	26,67	67
Divorciado	0	0	0	0	0
Remuneración					
entre 0 a 1000	5	2	33	13,33	47
entre 1001 y 2000	4	4	27	26,67	53
Lugar de trabajo					
Urbano	9	6	60	40	100

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Como se puede observar en lo referente al genero el 60% es masculino, con una edad promedio de 25 a 34 años en lo referente sexo masculino, seguido del estado civil del 67% de médicos casados, con una remuneración en el rango de 1001 a 2000 siendo mayor para el caso del sexo femenino, el 100% tiene el lugar de trabajo urbano.

TABLA Nº 2

DATOS PERSONALES

ENFERMERAS		
Genero FEMENINO	15	100
Edad		
25-34	2	13,33
35-44	5	33,33
45-54	6	40
55 o mas	2	13,33
Estado civil		
Soltero	5	33,33
Casado	8	53,33
Viudo	1	6,67
Divorciado	1	6,67
Remuneración		
entre 0 a 1000	7	46,67
entre 1001 y 2000	8	53,33
Lugar de trabajo		
Urbano	15	100

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Genero al 100% femenino, con una edad promedio de 45 a 54 años de un 40%, el estado civil que predomina es casadas con un 53%, una remuneración entre 1001 a 2000 el 53%, la zona de trabajo es urbano al 100%.

TABLA Nº 3
DATOS LABORALES

MEDICOS

ITEMS	Fr		%		%
	Masculin o	Femenino	Masculin o	Femenin o	
Profesión					
Médicos	9	6	60	40	100
Años de Experiencia					
2 a 11	8	5	53	33,33	87
12 a 21	0	0	0	0	0
22 a 31	1	1	7	6,67	13
Especialidad					
General	8	3	53	20	73
Ginecología	1	0	7	0	7
Anestesiología	0	3	0	20	20
Tipo de trabajo					
Completo	7	5	47	33,33	80
Parcial	2	1	13	6,66	20
Sección de trabajo					
Público	9	6	60	40	100

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Profesión 100% médicos, años de experiencia tomando por rangos, de 2 a 11 años con un porcentaje del 87%, especialidad general del 73%, seguido del tipo de trabajo completo un 80%, y 100% de sector de trabajo público.

TABLA Nº 4
DATOS LABORALES

ENFERMERAS		
ITEMS	Fr	%
Profesión		
Enfermera	15	100
Años de Experiencia		
2 a 11	3	20
12 a 21	4	26,67
22 a 31	8	53,33
Tipo de trabajo		
Completo	10	66,67
Parcial	5	33,33
Sección de trabajo		
Publico	15	100

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Se observa que el 100% son de profesión enfermeras, 53,33% tienen de 22 a 31 años de experiencia laboral, para el 66,67% el de tipo de trabajo es completo y el 100% trabajan en el sector público.

TABLA Nº 5
VALORACION LABORAL

MEDICOS		
ITEMS	Fr	%
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?		
Nada	4	26,67
Poco	3	20,00
Bastante	5	33,33
Totalmente valorado	3	20,00
¿Cuán valorado se siente por los parientes de sus pacientes?		
Nada	1	6,67
Poco	4	26,67
Bastante	7	46,67
Totalmente valorado	3	20,00
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?		
Nada	0	0,00
Poco	2	13,33
Bastante	9	60,00
Totalmente valorado	4	26,67
¿Cuán valorado se siente por los directivos de la Institución?		
Nada	4	26,67
Poco	5	33,33
Bastante	3	20,00
Totalmente valorado	3	20,00

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina

Análisis e interpretación: En base a las preguntas ¿cuán valorados se sienten por sus pacientes y por los familiares de los mismos?, el 33,33% y 46,67% respectivamente afirman que bastante; sienten que en un 60% son bastante valorados por parte de sus compañeros de profesión y finalmente con un 33,33% de poca valoración por parte de los directivos de la institución.

TABLA Nº 6
VALORACION LABORAL

ENFERMERAS		
ITEMS	Fr	%
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?		
Nada	1	6,67
Poco	2	13,33
Bastante	12	80,00
Totalmente valorado	0	0,00
¿Cuán valorado se siente por los parientes de sus pacientes?		
Nada	0	0,00
Poco	4	26,67
Bastante	9	60,00
Totalmente valorado	2	13,33
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?		
Nada	0	0,00
Poco	3	20,00
Bastante	7	46,67
Totalmente valorado	5	33,33
¿Cuán valorado se siente por los directivos de la Institución?		
Nada	3	20,00
Poco	5	33,33
Bastante	4	26,67
Totalmente valorado	3	20,00

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: El 80% dice que es bastante valorado por sus pacientes, seguido del 60% de valoración de los familiares de sus pacientes, seguido de un 46,67% de bastante valoración de sus compañeros, y un 33% de poca valoración de los directivos de la Institución.

TABLA Nº 7
NIVEL DE SATISFACCION

MEDICOS		
ITEMS	Fr	%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?		
Nada satisfecho	0	0,00
Poco	2	13,33
Bastante	4	26,67
Totalmente satisfecho	9	60,00
¿Está satisfecho con la interacción con los pacientes?		
Nada satisfecho	0	0,00
Poco	1	6,67
Bastante	8	53,33
Totalmente satisfecho	6	40,00
¿Está satisfecho con el Apoyo brindado por los directivos de la Institución?		
Nada satisfecho	3	20,00
Poco	11	73,33
Bastante	1	6,67
Totalmente satisfecho	0	0,00
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?		
Nada satisfecho	0	0,00
Poco	4	26,67
Bastante	8	53,33
Totalmente satisfecho	3	20,00
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional		
Nada satisfecho	0	0,00
Poco	2	13,33
Bastante	6	40,00
Totalmente satisfecho	7	46,67
¿Está satisfecho con su situación económica		
Nada satisfecho	5	33,33
Poco	7	46,67
Bastante	2	13,33
Totalmente satisfecho	1	6,67

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: En cuanto a la variable si está satisfecho con lo que realiza el 60% está satisfecho, 53,33% de bastante en su interacción con los pacientes, 73,33% poca satisfacción del apoyo brindado por la Institución, 53,33% bastante colaboración entre compañeros, 46,67% totalmente satisfechos con su experiencia profesional y en cuanto a su economía el 46,67% están poco satisfechos.

TABLA Nº 8
NIVEL DE SATISFACCION

ENFERMERAS		
ITEMS	Fr	%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?		
Nada satisfecho	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	2	13,33
Totalmente satisfecho	13	86,67
¿Está satisfecho con la interacción con los pacientes?		
Nada satisfecho	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	7	46,67
Totalmente satisfecho	8	53,33
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por los directivos de la Institución?		
Nada satisfecho	2	13,33
Poco	7	46,67
Bastante	3	20,00
Totalmente satisfecho	3	20,00
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?		
Nada satisfecho	0	0,00
Poco	3	20,00
Bastante	10	66,67
Totalmente satisfecho	2	13,33
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional		
Nada satisfecho	0	0
Poco	0	0
Bastante	3	20
Totalmente satisfecho	12	80
¿Esta satisfecho con su situación económica		
Nada satisfecho	1	6,67
Poco	9	60,00
Bastante	1	6,67
Totalmente satisfecho	4	26,67

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Según los resultados obtenidos el 86,67% está satisfecho con el trabajo que realiza, 53,33% total interacción con los pacientes, 66,67 colaboración entre compañeros, un 46,67% de poco apoyo de la institución, 80% de satisfacción total en su experiencia profesional.

TABLA N° 9
CUESTIONARIO MBI

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	6	6

MEDICOS														
ITEMS	0		1		2		3		4		5		6	
		%		%		%		%		%		%		%
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	1	6,67	0	0,00	2	13,33	6	40	4	26,67	2	13,33	0	0
2. Al final de la jornada me siento agotado.	1	6,67	1	6,67	3	20,00	2	13,33	3	20,00	3	20,00	2	13,33
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	3	20,00	4	26,67	2	13,33	4	26,67	0	0,00	1	6,67	1	6,67
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	6,67	1	6,67	4	26,67	9	60,00
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	11	73,33	2	13,33	1	6,67	0	0,00	0	0,00	1	6,67	0	0,00
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	4	26,67	4	26,67	3	20,00	2	13,33	1	6,67	1	6,67	0	0,00
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	0	0,00	2	13,33	1	6,67	0	0,00	0	0,00	3	20,00	9	60,00
8. Me siento agobiado por el trabajo.	3	20,00	4	26,67	1	6,67	4	26,67	0	0,00	2	13,33	1	6,67
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	13,33	1	6,67	1	6,67	11	73,33
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	5	33,33	2	13,33	2	13,33	1	6,67	1	6,67	3	20,00	1	6,67
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	5	33,33	4	26,67	2	13,33	2	13,33	0	0,00	0	0,00	2	13,33
12. Me encuentro con mucha vitalidad.	0	0,00	0	0,00	2	13,33	3	20,00	0	0,00	6	40,00	4	26,67

13. Me siento frustrado por mi trabajo.	7	46,67	3	20,00	3	20,00	1	6,67	0	0,00	1	6,67	0	0,00
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	2	13,33	4	26,67	4	26,67	1	6,67	1	6,67	1	6,67	2	13,33
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	14	93,33	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	4	26,67	3	20,00	6	40,00	1	6,67	0	0,00	1	6,67	0	0,00
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	0	0,00	0	0,00	1	6,67	1	6,67	2	13,33	5	33,33	6	40,00
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	0	0,00	1	6,67	2	13,33	1	6,67	1	6,67	5	33,33	5	33,33
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	20,00	0	0,00	3	20,00	9	60,00
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	4	26,67	4	26,67	2	13,33	1	6,67	2	13,33	1	6,67	1	6,67
21. Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	0	0,00	1	6,67	3	20,00	0	0,00	1	6,67	4	26,67	6	40,00
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	6	40,00	7	46,67	1	6,67	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Según los resultados obtenidos el 73,33% sienten que influye positivamente en la vida de otros, seguido de un 60% que entienden con facilidad lo que piensan sus pacientes, se enfrentan muy bien con los problemas que me presentan los pacientes, han realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.

TABLA N° 10
CUESTIONARIO MBI

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

ENFERMERAS														
ITEMS	0		1		2		3		4		5		6	
		%		%		%		%		%		%		%
1 .Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	1	6,67	3	20,00	2	13,33	6	40,00	2	13,33	1	6,67	0	0
2. Al final de la jornada me siento agotado.	0	0,00	4	26,67	5	33,33	2	13,33	2	13,33	0	0,00	2	13,33
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	2	13,33	6	40,00	2	13,33	3	20,00	1	6,67	1	6,67	0	0,00
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	6,67	1	6,67	3	20,00	10	66,67
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	13	86,67	1	6,67	0	0,00	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	6	40,00	7	46,67	1	6,67	0	0,00	0	0,00	1	6,67	0	0,00
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	3	20,00	3	20,00	0	0,00	1	6,67	0	0,00	2	13,33	6	40,00
8. Me siento agobiado por el trabajo.	3	20,00	3	20,00	3	20,00	4	26,67	0	0,00	1	6,67	1	6,67
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	1	6,67	0	0,00	2	13,33	2	13,33	0	0,00	4	26,67	6	40,00
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	11	73,33	0	0,00	0	0,00	2	13,33	0	0,00	0	0,00	2	13,33
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	9	60,00	3	20,00	0	0,00	0	0,00	1	6,67	1	6,67	1	6,67

12. Me encuentro con mucha vitalidad.	0	0,00	1	6,67	1	6,67	0	0,00	1	6,67	7	46,67	5	33,33
13. Me siento frustrado por mi trabajo.	12	80,00	2	13,33	1	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	8	53,33	2	13,33	1	6,67	3	20,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	14	93,33	1	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	3	20,00	5	33,33	2	13,33	4	26,67	0	0,00	1	6,67	0	0,00
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	1	6,67	0	0,00	0	0,00	1	6,67	0	0,00	5	33,33	8	53,33
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00	2	13,33	2	13,33	10	66,67
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00	1	6,67	4	26,67	9	60,00
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	6	40,00	2	13,33	2	13,33	0	0,00	1	6,67	1	6,67	3	20,00
21. Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	0	0,00	3	20,00	1	6,67	0	0,00	1	6,67	5	33,33	5	33,33
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	13	86,67	1	6,67	1	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: el 66,67% Puede entender con facilidad lo que piensan sus pacientes, se encuentran animados después de trabajar junto con los pacientes, el 60% ha realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.

TABLA N° 11
CUESTIONARIO GHQ

MEDICOS															
A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?		f	%	B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?		f	%	C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?		f	%	D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?		f	%
1	Mejor que lo habitual	1	6,67	1	No, en absoluto.	3	20,00	1.	Más activo que lo habitual.	2	13,33	1	No, en absoluto.	9	60,00
2	Igual que lo habitual.	11	73,33	2	No más de lo habitual.	7	46,67	2.	Igual que lo habitual.	11	73,33	2	No más de lo habitual.	5	33,33
3	Peor que lo habitual.	3	20,00	3	Bastante más que lo habitual.	4	26,67	3.	Bastante menos que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho peor que lo habitual	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4.	Mucho menos que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?				B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo o de corrido toda la noche?				C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?			
1	No, en absoluto.	5	33,33	1	No, en absoluto.	4	27	1.	Menos tiempo que lo habitual.	2	13,33	1	No, en absoluto.	10	66,67
2	No más de lo habitual.	5	33,33	2	No más de lo habitual.	6	40,00	2.	Igual que lo habitual.	12	80,00	2	No más de lo habitual.	4	26,67
3	Bastante más que lo habitual.	4	26,67	3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3.	Más tiempo que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	1	6,67

4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4	Mucho más que lo habitual.	3	20,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?				B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?			
1	No, en absoluto.	6	40,00	1	No, en absoluto.	3	20,00	1	Mejor que lo habitual	5	33,33	1	No, en absoluto.	12	80,00
2	No más de lo habitual.	4	26,67	2	No más de lo habitual.	7	46,67	2	Igual que lo habitual.	10	66,67	2	No más de lo habitual.	3	20,00
3	Bastante más que lo habitual.	3	20,00	3	Bastante más que lo habitual.	4	26,67	3	Peor que lo habitual.	0	0,00	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	2	13,33	4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4	Mucho peor que lo habitual	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?				C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?			
1	No, en absoluto.	5	33,33	1	No, en absoluto.	6	40,00	1	Más satisfecho.	7	46,67	1	No, en absoluto.	12	80,00
2	No más de lo habitual.	8	53,33	2	No más de lo habitual.	4	26,67	2	Aproximadamente lo mismo.	7	46,67	2	No más de lo habitual.	3	20,00
3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3	Bastante más que lo habitual.	3	20,00	3	Menos que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	2	13,33	4	Mucho menos satisfecho que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00

A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?				B5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?				C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?			
1	No, en absoluto.	5	33,33	1	No, en absoluto.	8	53,33	1.	Más útil que lo habitual.	8	53,33	1	No, en absoluto.	10	66,67
2	No más de lo habitual.	8	53,33	2	No más de lo habitual.	7	46,67	2.	Igual que lo habitual.	7	46,67	2	No más de lo habitual.	4	26,67
3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00	3.	Menos útil que lo habitual.	0	0,00	3	Bastante más que lo habitual.	1	6,67
4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4.	Mucho menos que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A6. Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?				B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?				C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?			
1	No, en absoluto.	5	33,33	1	No, en absoluto.	6	40,00	1.	Más que lo habitual.	7	46,67	1	No, en absoluto.	11	73,33
2	No más de lo habitual.	8	53,33	2	No más de lo habitual.	5	33,33	2.	Igual que lo habitual.	8	53,33	2	No más de lo habitual.	4	26,67
3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3	Bastante más que lo habitual.	3	20,00	3.	Menos que lo habitual.	0	0,00	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4.	Mucho menos que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A7. Ha tenido				B7. ¿Se ha nota				C7. ¿Ha sido capaz				D7. ¿Ha notado que la idea de			

oleadas de calor o escalofríos?				nervioso y "a punto de explotar"				de disfrutar sus actividades normales de cada día?				quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?			
1	No, en absoluto.	5	33,33	1	No, en absoluto.	6	40,00	1.	Más que lo habitual.	3	20,00	1	No, en absoluto.	11	73,33
2	No más de lo habitual.	6	40,00	2	No más de lo habitual.	4	26,67	2.	Igual que lo habitual.	11	73,33	2	No más de lo habitual.	4	26,67
3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3.	Menos que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	2	13,33	4	Mucho más que lo habitual.	3	20,00	4.	Mucho menos que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Como se puede observar el 73,33% ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma, 73,33% ha arreglado para mantenerse ocupado y activo, 80% le cuesta más tiempo hacer las cosas.

TABLA N° 12
CUESTIONARIO GHQ

ENFERMERAS															
A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?		f	%	B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?		f	%	C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?		f	%	D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?		f	%
1	Mejor que lo habitual.	1	6,67	1	No, en absoluto.	6	40,00	1	Más activo que lo habitual.	5	33,33	1	No, en absoluto.	14	93,33
2	Igual que lo habitual.	14	93,33	2	No más de lo habitual.	6	40,00	2	Igual que lo habitual.	10	66,67	2	No más de lo habitual.	1	6,67
3	Peor que lo habitual.	0	0,00	3	Bastante más que lo habitual.	3	20,00	3	Bastante menos que lo habitual.	0	0,00	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho peor que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho menos que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?				B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo o de corrido toda la noche?				C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				D2. ¿ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?			
1	No, en absoluto.	8	53,33	1	No, en absoluto.	8	53,33	1	Menos tiempo que lo habitual.	1	6,67	1	No, en absoluto.	12	80,00
2	No más de lo habitual.	7	46,67	2	No más de lo habitual.	4	26,67	2	Igual que lo habitual.	11	73,33	2	No más de lo habitual.	2	13,33
3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00	3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3	Más tiempo que lo habitual.	3	20,00	3	Bastante más que lo habitual.	1	6,67

4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?				B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?			
1	No, en absoluto.	6	40,00	1	No, en absoluto.	2	13,33	1	Mejor que lo habitual	6	40,00	1	No, en absoluto.	13	86,67
2	No más de lo habitual.	7	46,67	2	No más de lo habitual.	12	80,00	2	Igual que lo habitual.	8	53,33	2	No más de lo habitual.	2	13,33
3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00	3	Peor que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4	Mucho peor que lo habitual	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?				C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?			
1	No, en absoluto.	5	33,33	1	No, en absoluto.	4	26,67	1	Más satisfecho.	8	53,33	1	No, en absoluto.	13	86,67
2	No más de lo habitual.	8	53,33	2	No más de lo habitual.	9	60,00	2	Aproximadamente lo mismo.	6	40,00	2	No más de lo habitual.	2	13,33
3	Bastante más que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	1	6,67	3	Menos que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4	Mucho menos satisfecho que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A5. ¿Ha				B5. ¿Se				C5. ¿Ha				D5. ¿Ha notado que a			

padecido dolores de cabeza?				ha asustado o tenido pánico sin motivo?				sentido que está jugando un papel útil en la vida?				veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?			
1	No, en absoluto.	3	20,00	1	No, en absoluto.	8	53,33	1.	Más útil que lo habitual.	9	60,00	1	No, en absoluto.	11	73,33
2	No más de lo habitual.	9	60,00	2	No más de lo habitual.	4	26,67	2.	Igual que lo habitual.	5	33,33	2	No más de lo habitual.	4	26,67
3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3	Bastante más que lo habitual.	2	13,33	3.	Menos útil que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4.	Mucho menos que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A6. Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?				B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?				C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?			
1	No, en absoluto.	6	40,00	1	No, en absoluto.	8	53,33	1.	Más que lo habitual.	6	40,00	1	No, en absoluto.	11	73,33
2	No más de lo habitual.	5	33,33	2	No más de lo habitual.	6	40,00	2.	Igual que lo habitual.	7	46,67	2	No más de lo habitual.	4	26,67
3	Bastante más que lo habitual.	4	26,67	3	Bastante más que lo habitual.	1	6,67	3.	Menos que lo habitual.	2	13,33	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4.	Mucho menos que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00
A7. Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?				B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar"?				C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?				D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?			
1	No, en	4	26,67	1	No, en	7	46,67	1	Más que lo	3	20,00	1	No, en absoluto.	13	86,67

	absoluto.				absoluto.				habitual.						
2	No más de lo habitual.	9	60,00	2	No más de lo habitual.	8	53,33	2	Igual que lo habitual.	10	66,67	2	No más de lo habitual.	2	13,33
3	Bastante más que lo habitual.	1	6,67	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00	3	Menos que lo habitual.	2	13,33	3	Bastante más que lo habitual.	0	0,00
4	Mucho más que lo habitual.	1	6,67	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho menos que lo habitual.	0	0,00	4	Mucho más que lo habitual.	0	0,00

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: El 93,33% se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma, 73,33% le cuesta más tiempo hacer las cosas, 93,33% no ha pensado que usted es una persona que no vale para nada, 86,67% no ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza.

TABLA N° 13
CUESTIONARIO BRIEF COPE

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

MEDICOS									
	1	%	2	%	3	%	4	%	
1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables.	5	33,33	6	40,00	2	13,33	2	13,33	
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	4	26,67	6	40,00	3	20,00	2	13,33	
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	13	86,67	2	13,33	0	0,00	0	0,00	
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	14	93,33	1	6,67	0	0,00	0	0,00	
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	8	53,33	4	26,67	3	20,00	0	0,00	
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	10	66,67	3	20,00	2	13,33	0	0,00	
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	2	13,33	8	53,33	4	26,67	1	6,67	
8. Me he estado negando a creer que esta ha sucedido.	10	66,67	3	20,00	2	13,33	0	0,00	
9. Me he estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	8	53,33	6	40,00	1	6,67	0	0,00	
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	7	46,67	6	40,00	2	13,33	0	0,00	
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	13	86,67	2	13,33	0	0,00	0	0,00	
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	7	46,67	6	40,00	1	6,67	1	6,67	
13. Me he estado criticando a mí mismo.	2	13,33	8	53,33	5	33,33	0	0,00	
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	5	33,33	7	46,67	3	20,00	0	0,00	
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	8	53,33	4	26,67	2	13,33	1	6,67	
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	9	60,00	5	33,33	1	6,67	0	0,00	
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	3	20,00	6	40,00	4	26,67	2	13,33	
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	5	33,33	4	26,67	4	26,67	2	13,33	
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	5	33,33	4	26,67	4	26,67	2	13,33	
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	3	20,00	6	40,00	4	26,67	2	13,33	
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	6	40,00	5	33,33	2	13,33	2	13,33	
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	9	60,00	2	13,33	4	26,67	0	0,00	
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	7	46,67	4	26,67	4	26,67	0	0,00	
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	4	26,67	4	26,67	4	26,67	3	20,00	
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir.	6	40,00	3	20,00	5	33,33	1	6,67	

26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	7	46,67	6	40,00	2	13,33	0	0,00
27. He estado rezando o meditando.	5	33,33	6	40,00	2	13,33	2	13,33
28. He estado burlándome de la situación.	8	53,33	4	26,67	2	13,33	1	6,67

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Como se puede observar el 93,33% no he tomado alcohol o drogas para sentirme mejor, 53,33% no ha estado consiguiendo apoyo emocional de los demás, el 66,67% he estado dejando de intentar hacerle frente, no he estado haciendo esto en absoluto, 53,33% no ha estado burlándose de la situación.

TABLA N° 14

CUESTIONARIO BRIEF

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

ENFERMERAS									
	1	%	2	%	3	%	4	%	
1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables.	9	60,00	2	13,33	3	20,00	1	6,67	
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	9	60,00	0	0,00	4	26,67	2	13,33	
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	12	80,00	3	20,00	0	0,00	0	0,00	
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	12	80,00	2	13,33	1	6,67	0	0,00	
5. H e estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	9	60,00	5	33,33	0	0,00	1	6,67	
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	11	73,33	2	13,33	2	13,33	0	0,00	
7. he estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	6	40,00	3	20,00	4	26,67	2	13,33	
8. me he estado negando a creer que esta ha sucedido.	9	60,00	3	20,00	1	6,67	2	13,33	
9. Me he estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	7	46,67	4	26,67	1	6,67	3	20,00	
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	8	53,33	5	33,33	1	6,67	1	6,67	
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	14	93,33	1	6,67	0	0,00	0	0,00	
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	9	60,00	4	26,67	1	6,67	1	6,67	
13. Me he estado criticando a mí mismo.	8	53,33	6	40,00	1	6,67	0	0,00	
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	4	26,67	7	46,67	2	13,33	2	13,33	
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	6	40,00	6	40,00	1	6,67	2	13,33	
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	10	66,67	2	13,33	2	13,33	1	6,67	
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	4	26,67	6	40,00	4	26,67	1	6,67	
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	7	46,67	6	40,00	1	6,67	1	6,67	
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	5	33,33	3	20,00	2	13,33	5	33,33	
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	7	46,67	1	6,67	4	26,67	3	20,00	
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	7	46,67	5	33,33	2	13,33	1	6,67	
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	3	20,00	6	40,00	4	26,67	2	13,33	
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	5	33,33	5	33,33	3	20,00	2	13,33	
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	8	53,33	5	33,33	0	0,00	2	13,33	

25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir.	4	26,67	8	53,33	2	13,33	1	6,67
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	9	60,00	3	20,00	3	20,00	0	0,00
27. He estado rezando o meditando.	2	13,33	6	40,00	4	26,67	3	20,00
28. He estado burlándome de la situación.	13	86,67	0	0,00	2	13,33	0	0,00

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Los resultados obtenidos demuestran que el 80% no han estado diciéndose a si mismo esto no es real, no han estado tomando alcohol o drogas para sentirme bien, no he estado haciendo esto en absoluto, el 93,33% no he estado consumiendo alcohol o otras drogas para ayudar a superarlo, 86,67% he estado burlándome de la situación, no he estado haciendo esto en absoluto.

TABLA N° 15
CUESTIONARIO AS

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

	N	%	P.V	%	A.V	%	M.V	%	S	%
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.	1	6,67	0	0,00	1	6,67	6	40,00	7	46,67
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	0	0,00	1	6,67	2	13,33	2	13,33	10	66,67
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	6,67	2	13,33	1	6,67	5	33,33	6	40,00
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	2	13,33	1	6,67	2	13,33	4	26,67	6	40,00
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	0	0,00	0	0,00	1	6,67	1	6,67	13	86,67
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	0	0,00	0	0,00	4	26,67	5	33,33	6	40,00
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	0	0,00	4	26,67	2	13,33	5	33,33	4	26,67
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	0	0,00	0	0,00	3	20,00	6	40,00	6	40,00
10. Alguien que le abraze.	0	0,00	0	0,00	3	20,00	4	26,67	8	53,33
11. Alguien con quien pueda relajarse.	0	0,00	1	6,67	3	20,00	3	20,00	8	53,33
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	0	0,00	1	6,67	3	20,00	3	20,00	8	53,33
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	0	0,00	3	20,00	2	13,33	5	33,33	5	33,33
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.	0	0,00	0	0,00	1	6,67	11	73,33	3	20,00
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	0	0,00	1	6,67	5	33,33	4	26,67	5	33,33
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	0	0,00	0	0,00	6	40,00	3	20,00	6	40,00
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	0	0,00	1	6,67	4	26,67	6	40,00	4	26,67
18. Alguien con quien divertirse.	0	0,00	1	6,67	4	26,67	4	26,67	6	40,00

19. Alguien que comprenda sus problemas.	0	0,00	1	6,67	6	40,00	6	40,00	2	13,33
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	0	0,00	2	13,33	1	6,67	1	6,67	11	73,33

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación Según los resultados obtenidos el 86,67% dice que siempre hay alguien que le muestre amor y afecto, con un 73,33% alguien con quien hacer las cosas, que le ayude a olvidar sus problemas, alguien a quien amar y hacerle sentir querido.

TABLA N° 16
CUESTIONARIO AS

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

	N	%	P.V	%	A.V	%	M.V	%	S	%
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.	0	0,00	2	13,33	5	33,33	1	6,67	7	46,67
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	0	0,00	1	6,67	5	33,33	1	6,67	8	53,33
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	0	0,00	2	13,33	0	0,00	2	13,33	11	73,33
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	6,67	3	20,00	3	20,00	4	26,67	4	26,67
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	6,67	1	6,67	2	13,33	2	13,33	9	60,00
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	6,67	2	13,33	1	6,67	3	20,00	8	53,33
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	0	0,00	1	6,67	3	20,00	3	20,00	8	53,33
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	0	0,00	2	13,33	0	0,00	5	33,33	8	53,33
10. Alguien que le abraza.	1	6,67	4	26,67	0	0,00	3	20,00	7	46,67
11. Alguien con quien pueda relajarse.	0	0,00	3	20,00	2	13,33	1	6,67	9	60,00
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	2	13,33	1	6,67	3	20,00	5	33,33	4	26,67
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	0	0,00	4	26,67	1	6,67	3	20,00	7	46,67
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.	0	0,00	2	13,33	2	13,33	3	20,00	8	53,33
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	0	0,00	2	13,33	3	20,00	3	20,00	7	46,67
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	1	6,67	3	20,00	0	0,00	2	13,33	9	60,00
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.	0	0,00	4	26,67	3	20,00	1	6,67	7	46,67
18. Alguien con quien divertirse.	1	6,67	1	6,67	1	6,67	3	20,00	9	60,00
19. Alguien que comprenda sus problemas.	0	0,00	1	6,67	5	33,33	1	6,67	8	53,33
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	2	13,33	1	6,67	1	6,67	1	6,67	10	66,67

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Como se puede observar el 73,33% siempre tiene a alguien que le lleve al médico cuando necesita, 60% siempre tiene a alguien con quien pasar un buen rato, 53,33% siempre tiene alguien que le ayude a entender una situación, alguien en quien confiar o con quien hablar, alguien que le aconseje cuando tenga problemas, y finalmente con un 66,67% de siempre alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.

TABLA N° 17
CUESTIONARIO EPQR-A

MEDICOS				
Descripción	Si	%	No	%
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?	10	66,67	5	33,33
2. ¿Es usted una persona comunicativa?	14	93,33	1	6,67
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?	15	100,00	0	0,00
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?	14	93,33	1	6,67
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?	6	40,00	9	60,00
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?	0	0,00	15	100,00
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?	2	13,33	13	86,67
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?	8	53,33	7	46,67
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a ("hasta la coronilla")?	6	40,00	9	60,00
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?	6	40,00	9	60,00
11. ¿Se considera una persona nerviosa?	2	13,33	13	86,67
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?	2	13,33	13	86,67
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?	7	46,67	8	53,33
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?	6	40,00	9	60,00
15. ¿Tiende a mantenerse callado/a (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?	8	53,33	7	46,67
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?	9	60,00	6	40,00
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?	3	20,00	12	80,00
18. ¿Sufre usted de los nervios?	1	6,67	14	93,33
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?	4	26,67	11	73,33
20. ¿Cuándo está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?	6	40,00	9	60,00
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?	5	33,33	10	66,67
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?	4	26,67	11	73,33
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?	7	46,67	8	53,33
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?	13	86,67	2	13,33

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Según los resultados obtenidos 66,67% tiene con frecuencia subidas y bajadas de estado de ánimo, 93,33% son persona comunicativas, 100% la pasaría mal si viese sufrir a un niño o a un animal, el 93,33% persona de carácter alegre, 100% no tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos.

TABLA N° 18
CUESTIONARIO EPQR-A

ENFERMERAS				
Descripción	Si	%	No	%
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?	9	60,00	6	40,00
2. ¿Es usted una persona comunicativa?	13	86,67	2	13,33
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?	15	100,00	0	0,00
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?	12	80,00	3	20,00
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?	4	26,67	11	73,33
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?	0	0,00	15	100,00
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?	3	20,00	12	80,00
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?	8	53,33	7	46,67
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a ("hasta la coronilla")?	6	40,00	9	60,00
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?	4	26,67	11	73,33
11. ¿Se considera una persona nerviosa?	8	53,33	7	46,67
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?	1	6,67	14	93,33
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?	9	60,00	6	40,00
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?	7	46,67	8	53,33
15. ¿Tiende a mantenerse callado/a (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?	6	40,00	9	60,00
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?	11	73,33	4	26,67
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?	5	33,33	10	66,67
18. ¿Sufre usted de los nervios?	4	26,67	11	73,33
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?	3	20,00	12	80,00
20. ¿Cuándo está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?	6	40,00	9	60,00
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?	5	33,33	10	66,67
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?	6	40,00	9	60,00
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?	12	80,00	3	20,00
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?	13	86,67	2	13,33

Fuente: Investigación realizada en el Hospital "Homero Castanier Crespo".

Elaborado por: Lourdes Pesántez Molina.

Análisis e interpretación: Los resultados obtenidos son el 60% tiene con frecuencia subidas y bajadas de estado de ánimo, 86,67% afirma que es una persona comunicativa, el 100% la pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal, el 80% personas de carácter alegre, 100% no toman drogas con efectos desconocidos.

6. DISCUSION

En vista de los resultados obtenidos cabe indicar que la muestra de médicos y enfermeras de nuestro estudio mostro niveles muy bajos tanto en la frecuencia como intensidad en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, y un alto nivel en la frecuencia de realización personal. En función de la revisión teórica realizada, como dice (Gil- Monte, 1997). El síndrome de burnout se presenta cuando la magnitud y frecuencia de estímulos estresantes supera la capacidad que tiene el individuo para resistirlos. Una de las posibles explicaciones de estos resultados podría tener en cuenta el buen clima laboral en que se desempeñan todos y cada uno de los profesionales.

En investigaciones realizadas sobre la prevalencia del síndrome de burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17,83% reportado en enfermeras de España (Del Río y Perezagua, 2003, citado en Alcázar, 2006) hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico (Martínez y del Castillo, 2003, citado en Alcázar, 2006). En el ámbito latinoamericano Chile registra una prevalencia del síndrome de burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primarios y secundarios de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina (Román 2003, citado en Alcázar, 2006). En Perú estudios efectuados por Quiroz y Saco (1999) citado en la tesis de Alcázar (2006) en la Investigación "Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este del Cusco", determinaron que el síndrome de burnout bajo se presenta en el 79,7% de médicos y 89% de enfermeras.

El objetivo principal de identificar el nivel de burnout en los profesionales de esta casa de salud los resultados muestra que los profesionales investigados no tienen el síndrome de burnout por los bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización que presentan, no así la realización personal que en un 93% de la muestra está en altos niveles.

En los resultados obtenidos se puede identificar 73,33% médicos y el 53.33% de enfermeras nunca tratan a sus pacientes como si fueran objetos, saben enfrentar los problemas que se presentan con sus pacientes, sienten que influyen positivamente en

su trabajo, nunca tendría el sentimiento de que no le importa lo que les ocurra a algunos pacientes, nunca se ha sentido frustrado por su trabajo, en cuanto a las enfermeras nunca ha sentido que hace un trabajo duro, diariamente se encuentra animado después de trabajar con sus pacientes, diariamente realiza cosas que merecen la pena en el trabajo.

En Estados Unidos de Norteamérica se reporto en un estudio realizado en internistas-intensivistas que el 40% presentaron el síndrome de burnout reportando que los factores organizacionales, administrativos y conflictos interpersonales fueron los desencadenantes. Guntupalli, Fromm JR (1996).

Considerando estos resultados se puede decir que los hombres y mujeres experimentan de manera similar el Burnout, las diferencias que se presentan están en que los hombres se muestran ligeramente más altos en un aspecto del burnout y las mujeres en otro; por ejemplo las mujeres tienden a experimentar, mas agotamiento emocional y más intensamente que los hombres. Sin embargo es más probable que los hombres tengan actitudes insensibles y de despersonalización hacia las personas con quienes trabajan, esta variación puede reflejar diferencia entre los roles masculinos y femeninos y su inter acción con las distintas ocupaciones.

Concluyéndose que los profesionales entienden con facilidad lo que sienten sus pacientes, y enfrentan adecuadamente los problemas que se presentan con sus pacientes y realizan un trabajo que merece la pena por lo que se determina que el personal está satisfecho y realizado profesionalmente.

En la identificación de las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales médicos, se analizó que el 60% de médicos corresponde al sexo masculino, 100% de enfermeras con sexo femenino, predominando la edad de 25 a 34 años y 45 a 54 años, con un trabajo a tiempo completo para los dos grupos, se observa que los médicos jóvenes tienen una remuneración mayor que de las enfermeras a pesar que ellos tienen menor años de experiencia profesional, y tienen una especialidad en medicina general, no obstante en el caso de la enfermeras que ellas tienen más años de experiencia profesional y maestrías por lo que aquí existe una desconcierto en cuanto a su situación económica ya que tanto médicos como enfermeras no están

satisfechos con su remuneración económica mensual. En cuanto a su valoración profesional se sienten valorados por sus compañeros, por sus pacientes, se sienten satisfechos con el trabajo realizado, pero sienten que la institución no les brinda el apoyo necesario, en cuanto a su experiencia profesional todos se encuentran totalmente satisfechos.

El siguiente objetivo consistió en determinar la salud mental que los profesionales de la salud atraviesan los resultados indican que en cuanto a sintomatología, los médicos presentan síntomas y casos de ansiedad, su disfunción social en la actividad diaria esta en un nivel alto y no presentan depresión. En lo referente a las enfermeras no presentan síntomas somáticos, pero presentan casos de ansiedad pero su disfunción social en la actividad diaria es buena y no existe casos de depresión.

Estos aspectos como los síntomas somáticos y la ansiedad que están en unos niveles moderados deben ser considerados para futuros estudios y para evitar el desarrollo del síndrome, puesto que pueden ser desencadenantes en la aparición del burnout. Se debe indicar que a pesar de estos resultados no existe disfunción social ni depresión, en su desempeño laboral sus preocupaciones no les hacen perder el sueño, en cuanto a la actividad diaria les cuesta más tiempo hacer las cosas y se encuentran agobiados y tensionados por lo que sería imprescindible que utilicen un espacio de su tiempo buscando estrategias que les hagan salir de la rutina y el aburrimiento para de esta manera tratar de contra restar esta sintomatología y mantener un equilibrio tanto en su salud física y mental.

El apoyo social debe considerarse como un proceso interactivo en el que puede obtenerse ayuda emocional, instrumental o financiera a partir de una red social Bowling (1991; citado en Carmona y Carmona 2004). En cuanto al apoyo social procedente de las redes sociales se puede apreciar que tanto médicos como enfermeras gozan de un amplio círculo de familiares y de amigos ya que es importante recalcar que un apoyo social eficiente puede funcionar como un mecanismo protector para que no se genere el burnout, en tal caso los dos grupos de encuestados gozan de un buen grupo social y familiar, los médicos poseen un nivel alto de amor y cariño y medio de redes sociales y no poseen apoyo instrumental y emocional, en diferencia con las enfermeras que sus redes sociales y apoyo

emocional se sitúa en un nivel alto seguido de amor y cariño término medio y apoyo instrumental bajo.

Tomando en cuenta estos aspectos podemos decir que estos tipos de apoyos son importantes para el desenvolvimiento de estos profesionales ya que pueden incrementar el bienestar psicológico, y hacerles sentir que son amados, cuidados, valorados y estimados factores que se complementan con la vida diaria, familiar, laboral y social.

Otro de los objetivos de esta investigación era conocer los modos de afrontamiento o estrategias que utilizan los profesionales de la salud en situaciones adversas. (Lazarus y Folkman, 1991). Definió al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Los resultados de esta investigación indican, que tanto médicos como enfermeras no utilizan drogas o alcohol para sentirse mejor ni para superarlo, y tampoco han estado haciendo bromas sobre ello ni han estado burlándose de la situación en cuanto a las enfermeras ellas encuentran consuelo en sus creencias espirituales o religión.

De igual manera en investigaciones realizadas por Castaño et. al. en Pensilvania, USA 2006, señala la importancia que tiene el afrontamiento del estrés laboral y la prevención del síndrome de burnout, y ha observado que es necesario considerar elementos tales como la procedencia y la diferenciación de los vínculos formales (entre compañeros) y los vínculos informales (amigos íntimos y familiares).

Como los resultados los demuestran se puede ver que los dos grupos de profesionales utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas para poder sobrellevar sus problemas en el caso de los médicos afrontan las situaciones estresantes a través de la auto distracción, afrontamiento activo y la aceptación en el caso de las enfermeras la base primordial para contra restar estas situaciones es que un alto porcentaje de ellas acuden a encontrar consuelo en las creencias espirituales o a la religión seguida del afrontamiento activo y la auto distracción.

Concluimos que el afrontamiento es básico en la salud, y en las experiencias cotidianas da forma a las emociones, pero la función más importante es regular a las emociones una vez generadas así como a las situaciones a veces conflictivas que la provocan, el afrontamiento es lo que hacemos y lo que pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no, las estrategias del afrontamiento ayudan a contra restar y a fortalecer las emociones, bienestar personal, físico, y psicológico.

El último objetivo de esta investigación fue identificar los rasgos de la personalidad de los profesionales de dicha casa asistencial. La personalidad del individuo, su vocación influyen poderosamente en el desarrollo del burnout, los sentimientos, pensamientos y actitudes son características de la personalidad, estas características más que desencadenantes se consideran habilitadoras o inhibidoras del síndrome esto es, que en función que se presenten en menor o mayor grado, aumentara o disminuirá la posibilidad que el burnout aparezca.

Según estudios realizados en la Universidad de Washington por Bughi, Sumcad y Bughi en el año 2006 el síndrome de burnout se asocia con la forma de vida e influyen en la salud física y mental, a su vez estos estudios afirman que entre los 12 puestos de trabajo que experimentan el síndrome de burnout en los Estados Unidos ocho se encuentran en el campo de la medicina, sugiriendo así que la experiencia sigue del síndrome de burnout de los médicos a lo largo de su carrera médica, puede estar asociada con morbilidad psicológica y factores tales como ansiedad, depresión y abuso de drogas.

Los resultados nos indican que el 93,33% médicos y el 86,67% enfermeras afirman que son personas comunicativas, que la pasarían mal si vieran sufrir a un niño o animal, se caracterizan por ser personas de carácter alegre, no han tomado drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos y finalmente ninguno ha acusado a alguien de hacer algo sabiendo que la culpa es de ellos.

Concluyendo se puede decir que la personalidad es un moderador del estrés laboral se dice que las personas que poseen personalidad resistente son menos propensas a sufrir de burnout. En cuanto a la personalidad de los encuestados se puede apreciar que para los dos grupos existe un alto nivel de extraversión ya que son personas

comunicativas, de carácter alegre, pueden animar fácilmente las fiestas, no son personas calladas y son consideradas por los demás como personas muy animadas, en cuanto a sus demás rasgos dejan mucho que desear, desprendiéndose claramente que no practican la sinceridad, carácter irritable y psicótico debido precisamente a la labor que desempeñan.

Mi criterio como observador de esta investigación relacionada con la identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el “Hospital Homero Castanier Crespo” sería la siguiente:

La referencia teórica nos habla de que la persona que sufre burnout, presenta altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una baja realización personal, no es el caso de nuestro estudio, ya que si bien existen rasgos de síntomas psicosomáticos y ansiedad, no existen factores socio demográficos desencadenantes del síndrome.

Se pudo también observar en la investigación que en esta casa de salud existe buen clima laboral, empatía entre compañeros, momentos de distracción, que ayudan en cierta forma a evitar los problemas del estrés y del síndrome de burnout.

Es importante acotar que la realización personal de estos profesionales es muy buena, y que a pesar de los problemas del diario vivir, saben superar sus situaciones de problema, logrando satisfacer las necesidades tanto de los pacientes como los suyos propios, es por esta razón que intentan ser mejores cada día en su trabajo.

Todos estos profesionales cuentan además con una buena red de apoyo social, basada especialmente en el amor y cariño que reciben tanto del entorno familiar como del social. Razón esta que les permite utilizar estrategias de afrontamiento adecuados para sus necesidades, así los resultados indican que las mismas están basadas especialmente en al afrontamiento activo, autodistracción y la aceptación y con un importante aporte que es la religión.

Concluyo que el estudio me ha permitido conocer los factores o características que ayudan al desarrollo del síndrome de burnout, que aunque no es nuestro caso en esta investigación, es importante conocer cuáles de ellos pueden llevarnos a problemas

serios como en este caso el burnout. Considero que los síntomas psicosomáticos, la ansiedad, el neuroticismo y el psicoticismo encontrado, a pesar de sus niveles medios o bajos, no tienen una incidencia importante en el desarrollo del síndrome.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

1. En la muestra de profesionales médicos y enfermeras, no se hallaron indicios de Burnout significativos en ninguna de las sub escalas, ya que los dos grupos de encuestados presentan un bajo nivel de agotamiento emocional y despersonalización y un alto nivel de realización personal.
2. En cuanto al cuestionario GHQ-28, se pudo observar que los médicos presentan casos de síntomas somáticos en un 53% seguido de un 60% de ansiedad, en cuanto a las enfermeras presentan casos de ansiedad en un 53% .
3. En lo referente al cuestionario BRIEF-COPE, los resultados demuestran que utilizan estrategias de afrontamiento en un mayor nivel en lo que se refiere a, afrontamiento activo, aceptación, auto distracción, humor, planificación y en el caso de la religión un nivel muy alto para las enfermeras.
4. En cuanto al cuestionario de Apoyo Social, el apoyo recibido por los dos grupos de encuestados se sitúa en un nivel alto de amor y cariño, redes sociales nivel medio y apoyo instrumental y emocional bajo para los encuestados médicos, en cuanto a las enfermeras poseen un alto nivel en apoyo emocional y redes sociales, seguido de un nivel medio de amor y cariño y un apoyo instrumental de nivel bajo.
5. En lo concerniente al cuestionario EPQR-A, se pudo observar que tanto los médicos como las enfermeras presentan niveles bajos de Neuroticismo, Psicoticismo y sinceridad y presenta niveles altos en extroversión.

7.2 RECOMENDACIONES

1. Las organizaciones representativas de los médicos, deberían asumir una importante responsabilidad en la información y prevención del desgaste profesional.
2. Reconocer que esta patología existe entre los médicos y enfermeras y que adquiere proporciones crecientes cuando se deteriora el sistema de salud y de las instituciones.

3. Los médicos deben comprender que el cuidado de sí mismo deberá ser parte fundamental de la actividad profesional. Este cuidado no es solamente para estar mejor, sino para que todos estén mejor, incluyendo sus pacientes; porque en la medida en que los médicos estén bien, sus diagnósticos serán más certeros, los tratamientos serán más adecuados y sus enfermos estarán mejor

4.- Fomentar el apoyo social por parte de los directivos y compañeros de la institución, ofreciendo apoyo emocional que incluya, una formación periódica de profesionales comprometidos con la profesión, el servicio y la buena atención a las personas que busquen los servicios de salud.

5.- Favorecer el ambiente de trabajo, a través de la implementación de programas que permitan la interrelación personal entre autoridades y personal de salud. Concienciar al personal de salud laboral el compromiso de servicio y calidad de la institución para con los demás.

8. BIBLIOGRAFIA

- Avendaño, C. Bustos, P. Espinoza, P. García, F. Pierart, T. (2009). ***Burnout y Apoyo Social en Personal del servicio de psiquiatría de un Hospital Público***. Cienc. Enferm. V.15. n.2 Concepción ago-2009
- Bosqued, M. (2008). ***El síndrome del Burnout. Que es y cómo superarlo***. España Ediciones Paidós Ibérica, S.A, pág. 71
- Brobman Epelbaum Jacobo José (2007) ***Síndrome de Burnout y ajuste marital en un organismo Internacional***. AJAYU, 2007, VOLV, N°2
- Cámara Conde, N. Carretero Román, J. Sánchez Alfonso, J. Reina Alonso, CN. (2010). ***Efectividad de una enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extra hospitalarias de Summa112***. NureJnv. (Revista en Internet) 2010 Mar-Ab.
- Castillo Ramírez, J. (2001). ***El síndrome de Burnout o síndrome de agotamiento profesional***. Medicina Legal de costa Rica
- Corredor Pulido, ME. Monroy Fonseca, JP. (2009). ***Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario***. Hacia la promoción de la salud, Vol14, N°1, enero-junio -2009, pág. 109-123
- Cloninger, SC. (2003). ***Teorías de la Personalidad***. (3ra. Ed). México: Editorial/Productions Supervisión
- Dávila, J. Romero, P. (2010). ***Relación entre el síndrome de burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia***. (Tesis), Universidad Católica Andrés Bello. Caracas
- El Sahili González, LF. (Ed). (2010). ***Psicología para el Docente. Consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la práctica Magisterial***. Universidad de Guanajuato México, pp. 223, 224, 182, 184.

García Martín, MA. (2002). **Beneficios del Apoyo Social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte**. Universidad de Málaga España. Revista digital Año 8, Nº 51 Agosto 2002

Gil. Monte, PR. (2003). **El síndrome de quemarse por el trabajo. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería**. Universidad de Valencia. Revista electrónica Inter Acao. Año 1, Nº 1p 19 Valencia

González Ramírez, A. (2006). **Cuidando a un enfermo: Afrontamiento, estrés, burnout y apoyo social percibido**. (Tesis), Universidad Autónoma Metropolitana. México. DF

González Serrano, MI. (Ed). (1998) (2002). **La Educación para la Salud del siglo XXI Comunicación y Salud**. Madrid España.(24 Cap.). Pg. 331

Hernández Zamora, GL. Olmedo Castejón, E. Ibáñez Fernández, I. (2003). **Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento**. Universidad de la Laguna España. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004, Nº2, pp. 333-336

López, N. Beltrán, C. Cerezo González, Z. (2011). **Cuidados Paliativos. En el Paciente Oncológico**. Madrid: Editorial. Visión libros. Pág. 235

Mansilla, F. (2003). **El Síndrome de Fatiga Crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral**. España

Marrau, MC. (2009). **El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en el marco contextualizador del estrés laboral. Fundamentos en Humanidades**. Universidad Nacional de San Luis. Año X, Nº 1 pp. 167-177

Martínez Pérez, A. (2010). **El síndrome del burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión**. Vivant Academia. N-12

Mingote Adán, JC. (2002). **Estrés laboral, alteraciones del sueño, y trastornos cardiovasculares en médicos**. Madrid

Mira Franco, K. Salazar Rendón, V. Urán Kadavin, KM. (2005). ***Aproximaciones teóricas y hallazgos empíricos sobre el síndrome de Burnout. Estado de arte.*** (Tesis de grado). Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín

Mariana Elvira, J.A. (2006). ***Burnout y cuidado de la salud en voluntarios.*** Revista electrónica de Intervención psicosocial y psicología comunitaria, Vol. 1, Nº2, Agosto pp. 52-57. Universidad de Córdoba España

Napione Berge, ME. (2008). ***Cuando se quema el profesorado de secundaria.*** España, 2008, pág. 40

Párraga Sánchez, J. M. (2005). ***Eficacia del Programa I.R.I.S. Para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios.*** (Tesis Doctoral). Cáceres 2005 Universidad de Extremadura

Roth, E. Pinto, B. (2010). ***Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en enfermería de la ciudad de la Paz.*** Universidad Católica Boliviana "San Pablo". Ajayu vol. VIII, Nº.2 Agos (2010)

Topa Cantisano, G. Morales Domínguez, J. (2005). ***Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el "Burnout" y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones.*** International Journal of de Psychology and Psychological Therapy 2005, Vol.5, Nº 1 pp. 73-83

Vega-Franco, Leopoldo. (2002). ***Ideas, Creencias y Percepciones a cerca de la Salud. Reseña Histórica.*** Salud Pública de México V.44. N.3- Cuernavaca mayo/junio.2002

9. ANEXOS

ANEXO N° 1

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

Dr. Víctor Miguel Sacoto S.
DIRECTOR DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

CERTIFICO:

Que, la Señora Lourdes del Rosario Pesantez Molina, con cédula de identidad N° 0301234514. Estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la carrera de Psicología General, con fecha enero 9 del 2012, presentó la solicitud para realizar en esta Casa de Salud, el Programa de Graduación con el Tema. IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD, misma que fue aceptada.

Es cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Azogues, 29 de Febrero del 2012



Dr. Víctor Miguel Sacoto S.
DIRECTOR DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

ANEXO N° 2

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

Dr. Víctor M. Sacoto S
DIRECTO DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

CERTIFICO:

Que, la Sra. Lourdes del Rosario Pesantez Molina, con cédula de identidad N° 0301234514,. Estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la carrera de Psicología General, con fecha febrero del 2012, aplicó los Cuestionarios a médicos y enfermeras de esta Casa de Salud, sobre el Tema: IDENTIFICACION DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD.

Es cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Azogues, 8 de Junio del 2012



Dr. Víctor Miguel Sacoto S.
DIRECTOR DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO

ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO 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 Afroecuatoriano Indígena

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado o separad Unión libre

Número de Hijos:.....

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión Médico/a

Enfermera

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 _____

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?				

ANEXO Nº 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	0	1	2	3	4	5	6
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 Nº 5

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

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

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</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 N° 6

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

1. Me estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar De 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

ANEXO Nº 7

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 Nº 8

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas		
9. ¿Se siente con frecuencia hart/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).