



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

*“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el “Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Ibarra en los meses de junio a diciembre del año 2012”.*

Trabajo de fin de la titulación

Autoras:

Ayala Yopez, María Michelle

Rojas Torres, Clementina Caterine

**DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN:**

Jiménez Gaona Marco Antonio, Lic.

**CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA**

**2012**

## CERTIFICACIÓN

Licenciado

Marco Antonio Jiménez Gaona

TUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el “Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Ibarra en los meses de junio a diciembre del año 2012”** realizado por las profesionales en formación: **Ayala Yépez Michelle y Rojas Torres Caterine**; cumplen 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, octubre del 2012.

f) \_\_\_\_\_

C.I 1104414014

## CESIÓN DE DERECHOS

“Nosotros, Caterine Rojas y Michelle Ayala declaramos ser autoras del presente trabajo de fin de titulación y eximimos expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaramos 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) \_\_\_\_\_  
Rojas Torres, Clementina Caterine  
CI# 100223774-9

f) \_\_\_\_\_  
Ayala Yopez, María Michelle  
CI# 100239819-4

## AUTORÍA

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

f) \_\_\_\_\_  
Rojas Torres, Clementina Caterine  
CI# 100223774-9

f) \_\_\_\_\_  
Ayala Yopez, María Michelle  
CI# 100239819-4

## **DEDICATORIA**

Queremos dedicar este trabajo a nuestras familias, por acompañarnos en cada una de nuestras tareas académicas. En especial a nuestros padres, por todo lo que nos han dado en esta vida, especialmente por sus sabios consejos y por estar a nuestro lado en los momentos difíciles.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios.

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestras Familias.

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante que nos ha permitido ser unas personas de bien, pero más que nada, por su amor y cariño.

A nuestro Tutor de Tesis

Lic. Marco Jiménez por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Cesión de derechos.....	iii
Autoría.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos.....	vi
Índice de Contenidos.....	vii
1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2
3. Marco Teórico.....	4

### CAPITULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

1.1. Antecedentes del estrés.....	4
1.2. Definiciones del estrés.....	5
1.3. Desencadenantes del estrés.....	6
1.4. Tipos de estresores: (Psicosociales, Biogénicos, Internos, y Externos).....	7
1.5. Estrés laboral.....	8
1.6. Moduladores del Estrés.....	9
1.7. Consecuencias del estrés: (fisiológicas, cognitivas, motoras).....	10
1.8. Medidas preventivas y control del estrés.....	12

### CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURONUT

2.1. Definiciones del Burnout.....	13
2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout.....	14
2.3. Poblaciones propensas al Burnout.....	15
2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout.....	15
2.5. Características, causas y consecuencias del burnout.....	16

2.6. Modelos explicativos del burnout.....	18
2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.....	19

### **CAPITULO 3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

<b>3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....</b>	<b>21</b>
3.1.1. Variables de riesgo y protectoras.....	22
3.1.2. Motivación y satisfacción laboral.....	22
3.1.3. Investigaciones realizadas.....	24
<b>3.2. El burnout y la relación con la salud mental.....</b>	<b>26</b>
3.2.1. Definiciones de salud mental.....	27
3.2.2. Salud Mental y el Estrés.....	28
3.2.3. Síntomas somáticos.....	28
3.2.4. Ansiedad e insomnio.....	28
3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria.....	29
3.2.6. Tipos de depresión.....	30
3.2.7. Investigaciones realizadas.....	31
<b>3.3. El burnout y el afrontamiento.....</b>	<b>33</b>
3.3.1. Definición de afrontamiento.....	34
3.3.2. Teorías de afrontamiento.....	35
3.3.3. Estrategias de afrontamiento.....	36
3.3.4. Investigaciones realizadas.....	37
<b>3.4. El burnout y la relación con el apoyo social.....</b>	<b>40</b>
3.4.1. Definición de apoyo social.....	41
3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social.....	42
3.4.3. Apoyo Social Percibido.....	43
3.4.4. Apoyo Social Estructural.....	43
3.4.5. Investigaciones realizadas .....	44
<b>3.5. El burnout y la relación con la personalidad.....</b>	<b>45</b>
3.5.1 Definición de personalidad.....	46
3.5.2 Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud).....	47
3.5.3 Patrones de conducta y personalidad.....	48
3.5.4 Locus de control.....	48



3.5.5 Investigaciones realizadas.....	49
4. Metodología.....	51
4.1. Contexto.....	51
4.2. Diseño de Investigación.....	52
4.3. Participantes.....	52
4.4. Instrumentos.....	53
4.5. Recolección de Datos.....	56
4. Resultados Obtenidos.....	58
5. Discusión de Resultados.....	102
6. Conclusiones.....	107
7. Recomendaciones.....	108
8. Bibliografía.....	109
9. Anexos.....	113

## 1. RESUMEN

El Burnout es un Síndrome tridimensional caracterizado por: cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal; el cual se manifiesta fundamentalmente en profesionales de la salud, pero todas las demás personas también pueden ser víctimas de este síndrome.

El objetivo de este estudio es identificar la presencia o no del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Ibarra y de esta manera establecer su relación con determinados factores sociodemográficos, niveles emocionales, apoyo social, personalidad, salud general y estrategias de afrontamiento.

Se trata de una investigación cuantitativa, no experimental, exploratoria, descriptiva y transeccional (transversal). Los instrumentos de medida utilizados fueron: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Burnout MBI, Cuestionario de Salud Mental GHQ-28, Cuestionario de Afrontamiento BRIEF COPE, Cuestionario de Apoyo Social MOS y Cuestionario de Personalidad EPQR-A.

La muestra de esta investigación es de 34 enfermeras y 26 médicos, dándonos así un total de 60 profesionales de la salud; entre los cuales se encontraron 3 enfermeras y dos médicos que padecen el Síndrome de Burnout.

## 2. INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja modalidad a distancia mediante la Titulación de Psicología otorgó como parte del programa de graduación, el diseño del presente trabajo titulado como: "Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador"

"Maslach, C. y Jackson, S. (1981) hicieron los primeros estudios de caracterización de este síndrome y lo concibieron como un fracaso para afrontar el estrés generado en la relación con los clientes, pero lo definieron como un síndrome integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio profesional (reducida realización personal en el trabajo) y una vivencia de encontrarse emocionalmente cansado". (Marrero, S. 2003)

Este síndrome es sin duda un fenómeno que afecta al rendimiento laboral, la esencia de la profesión, y los objetivos planteados tanto a nivel personal y profesional. El estudio del burnout en el Ecuador es importante ya que existen estudios en latinoamérica acerca de la presencia del mismo, como lo demuestra una investigación realizada por Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2007), quienes demostraron que los profesionales sanitarios de países de habla hispana como España y Argentina, son quienes padecen el síndrome de burnout. También concuerda un estudio de Davoine, Erhel y Guergoat - Larivière (2008), en el cual se identificó altos niveles de burnout en Latinoamérica, ya que las condiciones de trabajo son relativamente pobres.

El objetivo general de esta investigación es, "Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Hospital del Instituto de Seguridad Social IESS de la ciudad de Ibarra". Los objetivos específicos son: determinar el género de los profesionales de la Institución de salud que tienden a desarrollar este síndrome, identificar que variables sociodemográficas se relacionan con el síndrome de Burnout dentro de la población investigada, conocer las estrategias afrontamiento ante situaciones difíciles en la vida familiar y laboral de los profesionales de la salud e identificar el tipo de apoyo social que reciben los profesionales de la salud que laboran en el Hospital del IESS.

Para poder alcanzar los objetivos planteados se utilizó una metodología utilizada caracterizada por ser cuantitativa, no experimental, exploratoria, descriptiva y transaccional (transversal). La población investigada está compuesta por 60 individuos, entre 26 médicos y 34 enfermeras, quienes laboran en el Hospital del Instituto de Seguridad Social IESS de la ciudad de Ibarra. Los datos de esta investigación fueron recogidos mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: el Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Burnout MBI, Cuestionario de Salud Mental GHQ-28, Cuestionario de Afrontamiento BRIEF COPE, Cuestionario de Apoyo Social MOS y Cuestionario de Personalidad EPQR-A.

El cuestionario de Salud Mental GHQ 28 determinó ciertos tipos de disturbios psíquicos entre los profesionales de la muestra tomada. El Cuestionario de Apoyo Social determinó el apoyo social recibido y percibido. El Cuestionario de Estilos de Afrontamiento identificó las estrategias de afrontamiento utilizadas y finalmente el Cuestionario de Personalidad señaló los rasgos presentes en los profesionales.

En este estudio se puede identificar la presencia de cinco casos de burnout en los profesionales de la salud en nuestro país, por medio de esta información la población ecuatoriana podrá enfocarse estratégicamente para afrontar el síndrome y tomar medidas de prevención ya que existen graves consecuencias personales, familiares y laborales.

Esta investigación es muy enriquecedora e importante ya que aporta información a otras investigaciones y así se podrá llegar a conclusiones nacionales sobre la existencia del síndrome de burnout en el Ecuador.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### CAPITULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

##### 1.1. Antecedentes del estrés.

Con el pasar de los años el concepto de estrés ha tenido diversas definiciones, pero al analizar algunos estudios se puede concluir que fueron los griegos quienes le dan origen a este concepto y que lo definían como “stringere” que significa provocar tensión, posteriormente alrededor del siglo XIV, se emplearon en textos en ingles numerosas variantes de la misma, como stresse, strest, o straisse.

El termino estudiado en el siglo XIV desde el ámbito de la medicina por el Dr. Hans Seyle (1936), quien lo definía como la suma de todos los cambios basados por función o daño, pero más tarde modifica la definición por estrés: que es la respuesta no especificada del cuerpo ante cualquier exigencia a la que se somete.

A mediados de la década de los 50, Seyle desarrollaba su definición basada en respuestas y concebía el estrés como una característica del ambiente que ejercía sus efectos sobre el individuo. El estrés se consideraba una variable independiente, como algo que sucede, en contraposición con algo que el sujeto provocaba, las situaciones estresantes se atribuían a la falta de control, la estimulación excesiva o deficiente de los sentidos, el aislamiento, etc. Los problemas más importantes con este enfoque radican en la dificultad de cuantificar el nivel de estrés en una situación determinada, además del grado en que difieran en su percepción de la amenaza y el estrés.

Cox y Mackay (1979) describieron una variación del modelo interactivo, el elemento fundamental es la relación dinámica entre cuatro aspectos del individuo y el ambiente. Por un lado, este último impone exigencias y limitaciones, aunque, por el otro, brinda apoyo, el hombre tiene valores y necesidades (exigencias), además de recursos para afrontar.

## 1.2. Definición del estrés

La palabra estrés forma parte del vocabulario del hombre que intenta expresar un malestar interno causado por un evento externo, es decir estados internos desagradable y expreso que tiene estrés o se siente estresado.

Luego de diversas investigaciones a continuación se detalla las definiciones del estrés por varios filósofos o psicólogos con sus aportes más importantes:

*Cuadro 1. Definiciones del Estrés*

<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Definiciones</b>
Colmes	(1994)	Definió ale estrés como un acontecimiento del estímulo que requiere una adaptación por parte del individuo. El estrés en cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria, le exige al individuo un cambio en el modo de vida habitual
Norfolk	(2000)	Describe el estrés como un ingrediente inevitable de la vida, similar al hambre o a la sed.
Sindin	(2003)	El estrés es un fenómeno complejo que implica estímulos, respuestas y procesos. Es un proceso dinámico que involucra diferentes variables que funcionan en diferentes niveles e interacción entre sí: agentes internos y externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, respuestas psicológicas y fisiológicas, variables modulares asociadas a elementos predisposiciones y elementos demográficos.
Levine	(2008)	Es la presión o tensión experimentada por la percepción de un des-equilibrio entre la demanda de la situación y la capacidad personal para res-ponder con éxito a esa demanda, cuando las consecuencias de la resolución son percibidas como importantes.

Mc Grath	(2010)	Es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas).
-------------	--------	--

Fuente: Todos los autores  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

### 1.3. Desencadenantes del estrés

El estrés es capaz de causar en el hombre muchas secuelas que quizá nunca se habían presentado, hasta que entraron al mercado laboral y éste comenzó a exigir más y más recursos causando un desequilibrio. Desde este punto de vista, puede considerarse al estrés laboral como el factor que desencadena o libera efectos tanto físicos (consecuencias físicas) como psicológicos (consecuencias psicosociales) en los individuos.

El estrés desencadena cambios en: la percepción, las respuestas emocionales y afectivas, la apreciación primaria y secundaria, y las respuestas de afrontamiento. Según Peiro (1992) los desencadenantes del estrés son:

*Cuadro 2. Desencadenantes del Estrés*

<b>Factores medioambientales</b>	Conjunto de variables externas que interaccionan o inciden en el individuo (espacio físico, personas del entorno, ruido, etc.) Por consiguiente también los climas fríos o calientes pueden ser estresantes.
<b>Factores hormonales</b>	Conocer cuál es su función y cómo nos afectan puede ayudarnos a comprender cómo afronta el estrés nuestro cuerpo. El estrés está unido a nuestro instinto de supervivencia. Nuestro cuerpo está "programado" para reaccionar rápidamente ante situaciones peligrosas o de emergencia
<b>Factores alérgicos</b>	Son las reacciones como parte natural del mecanismo de defensa del cuerpo, el cual trata de liberar sustancias tóxicas. Definitivamente la alergia es una fuente de estrés que requiere de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico

Fuente: Todos los autores  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

#### 1.4. Tipos de estresores: (Psicosociales, Biogénicos, Internos, y Externos).

Mediante investigaciones se puede apreciar el criterio de los autores Lazarus y Folkman (1984), sobre los estresores provenientes de factores internos y externos los cuales hacen que el ser humano experimente el estrés ya sea en el trabajo, en el hogar o en las diferentes profesiones.

T I P O S  D E  E S T R E S O R E S	PSICOSOCIALES →	Genera estrés por el significado social a fuerza de la interpretación cognitiva y afecta a un amplio número de personas, es el cumulo de molestias, imprevistos y alteraciones pequeñas en la rutina cotidiana correspondientes a una serie de cosas que pueden irritarnos o perturbarnos en un momento dado. Ejemplo: Terrorismo, víctima de violencia, catástrofes naturales. Estos cambios pueden ser causantes de estrés.
	BIOGÉNICOS →	Son estímulos capaces de producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos (nivel fisiológico) que proyectan automáticamente la respuesta de estrés, con independencia de la interpretación que hagamos de la situación. Ejemplo: cambios hormonales, ingestión de sustancias químicas, reacción a factores físicos, estrés alérgico, temperatura elevada o ejecución intensa de un ejercicio. Ambos tipos de estresores descienden tanto de estímulos externos a la propia persona (ruido o luz intensa, conversación desagradable que lo involucra a uno) como de aspectos internos (malestar por una mala digestión, dolor por una herida o sufrimiento por una enfermedad, recuerdo de una situación desagradable, pensamientos de
	INTERNOS →	Se lo puede definir como aquellos estresores que son propios de las características personales del individuo, como por ejemplo si es introvertido, estructurado, etc.
	EXTERNOS →	Se lo puede definir como aquellos estresores que son ajenos a las características personales del individuo, como por ejemplo sobrecarga en el trabajo, ambigüedad en el rol, etc.



## 1.5. Estrés laboral

El estrés es un mecanismo adaptativo de los seres humanos que contribuyen a la supervivencia y al mejor rendimiento en su desempeño habitual en los distintos ámbitos de la vida. Un adecuado número de estresores laborables tiene como base en las relaciones sociales que se establece vínculos de comunicación entre individuos que forman parte de una organización. Mediante el estrés laboral se dan conflictos internos (dentro de la institución) o externos (fuera de la institución).

Mediante las definiciones mencionadas anteriormente Según Melgosa (1999), el estrés laboral es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se le somete a fuertes demanda y), este fenómeno tiene dos componentes básicos:

1. Los agentes estresantes o estresores
2. La respuesta al estrés

Los agentes estresores son aquellas circunstancias que se encuentran en el entorno que rodea a las personas y que producen situaciones de estrés. Los estresores pueden ser de índole individual, grupal y organizacional

**Manejo del estrés laboral:** Según Banchs, (1997), el tratamiento de las enfermedades por estrés laboral deberá siempre dirigirse a suprimirlo a través de controlar los factores o las fuerzas causales del mismo. El criterio general que pretende curar la enfermedad en forma aislada mediante tratamiento atenuante de las alteraciones emocionales o reparación de las lesiones orgánicas es sumamente simplista, limitado y poco racional. Así, el tratamiento contra el estrés deberá ser preventivo y deberá lograrse ejerciendo las acciones necesarias para modificar los procesos causales.

La prevención y atención del estrés laboral constituyen un gran reto, los criterios para contrarrestarlo deberán ser organizacionales y personales. Los médicos de salud en el trabajo y profesionales afines, deben vigilar a sus pacientes y cuando sea posible a toda la organización con objeto de manejar el estrés en forma efectiva, aunque la participación del equipo de salud para efectuar cambios sustanciales con frecuencia es

más difícil, pues los gerentes y empleadores generalmente buscan resolver el problema de los trabajadores en forma individual, pero rechazan la intervención en el origen del problema cuando esto implica la necesidad de cambios en el lugar de trabajo, por la posible disyuntiva entre la ganancia económica y el bienestar de los trabajadores.

## **1.6. Moduladores del Estrés**

El profesor Zaldivar (1996), en su libro “Conocimiento y Dominio del Estrés”, hace una amplia explicación sobre los moduladores del estrés y manifiesta los más importantes:

La autoestima: Es el juicio personal de valía, de autovaloración positiva que es expresado en las actitudes que el individuo adopta hacia sí mismo. La autoestima tiene gran incidencia sobre la interacción que los sujetos mantienen con su ambiente y la respuesta de ellos a determinadas exigencias; así como con la posibilidad o expectativas de control sobre las situaciones conflictivas. *El nivel de autoestima matiza el tipo de respuesta y de afrontamiento en situaciones de estrés.*

El control: Es una de las variables más importantes en cuanto al manejo de las situaciones estresantes. Tener o percibir algún control sobre los eventos estresores, aumenta el grado de tolerancia al estrés y reduce la severidad de sus efectos negativos. *Los sujetos que se perciben como portadores de una baja capacidad de control del medio, suelen ser más vulnerables en su afrontamiento.*

El afrontamiento: Puede ser considerado como un mediador de la reacción emocional frente a situaciones estresoras; incluye tanto mecanismos de defensa clásicos, como diversas conductas o estrategias para enfrentar los estados emocionales negativos y solucionar problemas. Las principales funciones del afrontamiento son:

- 1- Intentar la solución del problema
- 2- Regular las emociones
- 3- Proteger la autoestima
- 4- Manejar las interacciones sociales.

Lo importante es que la persona desarrolle una actitud que la lleve a buscar, en cada caso, soluciones de la forma más realista de acuerdo con los ajustes que se requieran.

*Apoyo social: Está demostrado el valor de los contactos sociales como elemento protector para el ser humano* (relaciones positivas con familiares, amigos, compañeros de trabajo). El papel protector del apoyo social ante situaciones de estrés consiste en la información y recursos que ofrecen otras personas del entorno que minimizan la percepción de amenaza y maximizan la percepción de control.

*El apoyo social actúa como un importante modulador del estrés*, su presencia ofrece una guía y orientación para la acción, y contribuye a identificar recursos personales y sociales.

### **1.7. Consecuencias del estrés: (fisiológicas, cognitivas, motoras)**

Mediante estudios realizados por los responsables Científicos de PrevenSEC Fundación Española del Corazón (FEC), (2012), orientado a la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares. Las consecuencias del estrés se manifiestan a través de trastornos o enfermedades que no se atendieron oportunamente cuando solo eran síntomas aislados y llegaron a agudizarse y a tener un carácter crónico afectando al hombre.

*Cuadro 3. Consecuencias del Estrés*

<b>CONSECUENCIAS</b>	<b>TRASTORNOS</b>	
<b>FISIOLOGICAS</b>	Trastornos cardiovasculares	.HTA . Enfermedad coronaria (angina, IAM) . Arritmias
	Trastornos respiratorios	. Crisis de asma bronquial . Hiperventilación, disnea
	Trastornos	. Úlcera péptica (gástrica y duodenal)

	gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Gastritis aguda, ardores</li> </ul> <p><b>Otros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Hipoglucemia, prurito, alopecia</li> <li>. Cefaleas, insomnio, anorexia</li> <li>. Inhibición de la función inmunitaria</li> <li>. Disfunción eréctil y capacidad reproductora</li> </ul>
<b>GOGNITIVAS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Preocupación excesiva</li> <li>. Inseguridad</li> <li>. Incapacidad para tomar decisiones</li> <li>. Incapacidad para concentrarse</li> <li>. Bloqueos mentales</li> <li>. Pensamientos negativos y síntomas de trastornos psicológicos</li> </ul>
<b>CONDUCTUALES</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Comer, fumar o beber en exceso</li> <li>. Mal humor</li> <li>. Movimientos repetitivos</li> <li>. Tartamudeo</li> <li>. Parálisis</li> <li>. Ganas de llorar</li> </ul>
<b>MOTORAS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Problemas graves de memoria</li> <li>. Presencia de pensamientos obsesivos</li> <li>. Problemas académicos</li> <li>. Habla rápida.</li> <li>. Voz entrecortada.</li> <li>. Imprecisión.</li> <li>. Precipitación.</li> <li>.Explosiones emocionales.</li> <li>. Comer en exceso.</li> <li>. Risas nerviosas</li> </ul>

Fuente: Todos los autores

Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

## **1.8. Medidas preventivas y control del estrés.**

Como muchos otros asuntos de la vida, la prevención y el control de estrés, dependerá del conocimiento que se tenga del problema y sus mecanismos de producción, así como las medidas que pueda adoptar por el ser humano mismo.

Según Banchs (1997), la prevención del estrés, depende del hombre absolutamente indispensable para alcanzar un nivel satisfactorio de salud y excelente estilo de vida. No depende de los medicamentos que pueda obtener en una farmacia o los que se prescriben en un consultorio médico. Por el contrario, estos son potencialmente peligrosos para la salud y no resuelven el problema.

Estas medidas se pueden aplicar indistintamente tanto para la prevención como para el tratamiento del estrés si este ya ha aparecido.

La aplicación de técnicas específicas requiere de un profesional de psicología que determine cuáles son las más adecuadas para cada persona, así como para asegurarse de su correcta ejecución. En cualquier caso, la persona puede prevenir la aparición del estrés fomentando unas pautas de conducta que favorezcan unos saludables.

Aludimos para poder controlar el estrés caso que todas las personas lo manifestamos de alguna manera, tal vez irritando los sentimientos de las personas que se encuentran a nuestro alrededor, es importante realizar ejercicios corporales, ejercicios de relajación, asistir al baile terapia, excelente autoestima, etc., salir a caminar durante 30 minutos como recomiendan los médicos, no llevar una vida sedentaria que en lo posterior conlleva a enfermedad crónica.

## CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

### 2.1. Definiciones del Burnout

El síndrome de burnout ha sido estudiado por muchos autores, quienes han elaborado sus propias definiciones acerca del mismo, entre las más significativas tenemos:

*Cuadro 4. Definiciones del Burnout*

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definición</b>
Herbert Freudenberger	1974	Es una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerzas espirituales del trabajador.
Maslach y Jackson	1981	Lo caracteriza como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y una reducida realización personal (RP) que puede ocurrir en individuos que trabajan con otras personas. (Esta definición ha sido hasta hoy la más aceptada)
Jofrè y Valenzuela	2005	La expresión desgaste profesional (Burnout) se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral institucional generado específicamente en profesiones que mantienen una relación constante y directa con personas, especialmente si esta relación es de ayuda, como profesores, policías, personal de salud, entre otras.
Vieira	2006	El burnout es un síndrome psicológico resultante de agentes estresores interpersonales crónicos en el trabajo y se caracteriza por agotamiento emocional, cinismo y reducida realización profesional.
David Ortega	2006	Es un estrés laboral que puede afectar a las actividades y rendimiento en el trabajo de cualquier profesional, y también a la vida personal", que suelen darse en los ámbitos de la salud y enseñanza al tratarse de profesionales que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás.

Gil-Monte	2007	El síndrome de burnout es una respuesta típica al estrés crónico característico en profesionales de organizaciones de servicio, se dan cuando las estrategias de afrontamiento fallan.
Moreno	2008	El burnout es el sufrimiento constante de estar quemado profesionalmente y no pueden soportar las tareas que tienen que hacer
Maslach y Leiter	2008	Relacionan el burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad del rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social.

Fuente: Todos los autores  
 Elaboración: Ayala Michelle y Rojas Catherine

## 2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout

Este síndrome ha sido estudiado desde hace más de 30 años, en 1974, el término fue acuñado en primer lugar por Herbert Freudenberger (1980), quien mostró gran interés al observar el agotamiento físico y mental que experimentaban tanto él como sus compañeros de trabajo en una clínica psiquiátrica. Otra pionera en el estudio del Síndrome fue Cristina Maslach (1982), quien tomó el término por la forma en que coloquialmente se nombraba en Estados Unidos a las personas que padecían abuso crónico de alguna droga y también era usado por los abogados para referirse a manifestaciones similares al fenómeno investigado en ambientes de pobreza.

Posteriormente, en el año 1981, las autoras Maslach y Jackson tienen una decisiva influencia sobre el tema al definir el burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por: Cansancio Emocional, una Despersonalización y una Reducida Realización Personal. Además estas autoras crearon un instrumento específico para medir los niveles del síndrome tomando como bases estos tres componentes.

El término ha sido difundido y consolidado como un síndrome tridimensional derivado de un estrés emocional crónico, considerado así a partir de estudios realizados por Maslach y Jackson (Guerrero y Rubio, 2005). Aunque el concepto varía entre los diferentes autores que lo han trabajado, la base para la conceptualización del Burnout generada por Maslach permanece.

En la actualidad los estudios sobre el burnout han ido adquiriendo una especial importancia en los diversos ámbitos laborales pasando a constituir una preocupación específica de quienes trabajan en el ámbito de la salud, el servicio social y la educación en forma fundamental y extendiéndose ésta preocupación a empleados bancarios.

### **2.3. Poblaciones propensas al Burnout**

Según estudios realizados por el Instituto Nacional de la Administración Pública de España en el año 2006, los profesionales de la sanidad y la enseñanza son los colectivos del sector público más afectados por el síndrome del desgaste profesional. Se trata de profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás y se asienta sobre una personalidad perfeccionista con un alto grado de auto exigencia, con una gran tendencia a implicarse en el trabajo. Además de los ámbitos de la sanidad y la enseñanza, también afecta a trabajadores sociales, profesionales de alto riesgo y penitenciarios, también afecta a otras profesiones como la de empresario, alto directivo o en empleos rutinarios y monótonos.

Según estudios realizados por Maslach y Jackson (1981); Poulin y Walter (1993), en relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres.

### **2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout**

Edelwich y Brodsky en 1980, han establecido varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al *burnout*:

- a. Etapa de entusiasmo (el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución. Y el trabajador tiene elevadas aspiraciones y una energía desbordante).
- b. Etapa de estancamiento (comienza cuando no se cumplen las expectativas sobre el trabajo y los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, aún con esfuerzo).



- c. Etapa de frustración (es el periodo de la desilusión y de la desmotivación laboral, en la que brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales).
- d. Etapa de apatía (se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas).
- e. Etapa de *burnout* (en esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo e irrumpe con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo).

Cherniss en 1980, también habla sobre las fases por las que se llega al *burnout* desde el estrés laboral, por un proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, y distingue entre:

- a. Fase de estrés, que se caracteriza por un desajuste entre demandas laborales y los recursos del trabajador.
- b. Fase de agotamiento, en la que llegan a producirse de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- c. Fase de agotamiento defensivo, en la que se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización y el cinismo.

## **2.5. Características, causas y consecuencias del burnout**

El síndrome de estar quemado por el trabajo presenta características, causas y consecuencias en la vida del individuo que lo padece.

Según Maslach (1981), las *características* principales del burnout son:

- *El cansancio emocional* es cuando hay una disminución y pérdida de recursos emocionales que corresponde al nivel de sentirse abrumado emocionalmente.
- *La despersonalización* comprende la respuesta impersonal y la falta de sentimientos por los sujetos atendidos, expresado en actividades negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio.
- *El sentimiento de inadecuación o baja realización personal* en el trabajo, se evalúa el propio trabajo de forma negativa con reproches de no alcanzar los

objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional (se observan respuestas negativas hacia sí mismo y su labor).

Según Albee (2000), el burnout puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones a nivel de persona como organizacionales las cuales pueden ser:

- Horarios excesivos de trabajos: la persona permanece o dedica más de 8 horas de labores en la misma actividad.
- Tolerancia al estrés baja.
- Un nivel de frustración alto.
- No presentar cambios de ambiente laboral en largos periodos de tiempo, esto provoca la percepción de no avance o logros.
- Un trabajo monótono y/o repetitivo a un ritmo veloz.
- Remuneración económica inadecuada, ocasionando insatisfacción personal.
- Ambientes de trabajo ruidoso, poca luz es decir inadecuado
- No ser reconocidos los logros alcanzados
- Competitividad no sana en el ambiente laboral

Cherniss (1980), y Maslach (1982) En cuanto a las consecuencias del síndrome, podemos considerar tres niveles: a nivel conductual, físico y emocional.

- A nivel Conductual se dan alteraciones de la conducta alimentaria, absentismo laboral, superficialidad en el trato interpersonal, disminución de la productividad y falta de competencia en la organización, etc.
- A nivel Físico puede haber problemas cardiovasculares, fatiga crónica, dolores de cabeza, disfunciones sexuales, dolores musculares, hipertensión, etc.
- A nivel Emocional la persona tiene un auto concepto negativo, apatía, cinismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, pérdida del idealismo inicial, etc.

Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en

toda la red social extra laboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento.

## 2.6. Modelos explicativos del burnout

La necesidad de explicar el síndrome de burnout e integrarlo en marcos teóricos más generales, que expliquen su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos:

M  
O  
D  
E  
L  
O  
S  
  
E  
X  
P  
L  
I  
C  
A  
T  
I  
V  
O  
S

**Modelo Ecológico de Desarrollo Humano:** Desarrollado por Carroll y White (1982), se basa en el conjunto de interrelaciones que debe llevar a cabo el sujeto en los distintos ambientes donde participa, y en los que debe asumir diversas normas y exigencias muchas veces contradictorias, transformándose en fuentes de estrés.

**Modelo de descompensación valoración-tarea-demanda:** En este modelo, el burnout se conceptualiza como un elemento que operacionalizaría el estrés docente, denominándolo como sentimientos de efecto negativo. Fue desarrollado por Kyriacou y Sutcliffe (1978) como un modelo de burnout aplicado al mundo del profesorado que posteriormente fue ampliado por Rudow (1999) y levemente modificado por Worrall y May (1989).

**Modelo sociológico:** Este modelo considera que el burnout se presenta como consecuencia de las nuevas políticas macroeconómicas y fue sugerido por Farber (1991) y finalmente desarrollado por Woods (1999). Para este modelo la globalización explica principalmente la epidemia de burnout.

**Modelo opresión-demografía:** Propuesto por Maslach y Jackson (1981), ve al ser humano como una máquina que se desgasta por determinadas características que la vuelven vulnerable (los años, pertenecer al género femenino, estar soltero o divorciado, etc.), combinado con la presión laboral y la valoración negativa de sí mismo y de los demás.

**Modelo de Competencia Social:** Es uno de los modelos más representativos construidos en el marco de la teoría socio cognitiva del yo, y fue propuesto por Harrison (1983).

**Modelo demografía-personalidad-desilusión:** Propuesto por El Sahili (2010), este modelo considera que el burnout requiere de dos elementos fundamentales para su formación, a saber: (a) un estrés que presiona al organismo durante mucho tiempo y que se combina con varias fallas en la personalidad y diversos factores de riesgo, y (b) la desilusión creciente que se tiene sobre la profesión ejercida, proveniente principalmente de la falta de compromiso, poca satisfacción laboral y pérdida vocacional.

## 2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupados en tres categorías (Gil-Monte y Peiró, 1997):

1. Estrategias individuales
2. Estrategias grupales
3. Estrategias organizacionales

A nivel individual, se puede utilizar técnicas y programas en el entrenamiento en solución de problemas, asertividad, y el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.

A nivel grupal e interpersonal el empleo de estrategias de prevención e intervención pasan por fomentar por parte de los compañeros el apoyo social: los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya

poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

En cuanto al nivel organizacional, se debe considerar en primera instancia al trabajador como ser humano, demostrando interés a sus inquietudes, opiniones y sugerencias; buscando siempre fortalecer su potencial, y llevar a cabo programas de relaciones humanas, trabajo en equipo y mejoras de clima laboral. Generar equidad a nivel económico y a nivel de responsabilidades entre los empleados, manteniendo una continuidad en la línea de gestión

En profesionales donde ejercen trabajos independientes como es el caso de médicos y enfermeras se deben utilizar estrategias de intervención como evitar el aislamiento y autogenerar actitudes positivas sin necesidad patológica de apoyo, pensando en sus deberes como profesionales de salud en donde exista apego, solidaridad y esfuerzo por el paciente.

## CAPITULO 3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### 3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

Actualmente existen algunos estudios acerca del burnout y la relación con variables sociodemográficas, una de ellas es el género que según Atance (1997) encuentra que las mujeres son más susceptibles a desarrollar burnout que los hombres, mas tarde Gil-Monte (1996) revela que son los hombres quienes presentan mayor vínculo entre la dimensión de cansancio emocional y despersonalización, a su vez Aldrete (2002), Álvarez (2005) y Parada (2005) quienes dicen que las mujeres son más propensas a desarrollar el síndrome.

Existen estudios en cuanto a la edad de las personas que son más propensas a tener el síndrome, uno es el propuesto por Muñoz (2001), quien señala que los individuos de 40 años a 45 años tienen mayores niveles de burnout, otro estudio es el de Atance (1997) el cual dice que el burnout se produce entorno a los 44 años.

La cantidad de años en la cual los profesionales han trabajado también esta relacionado al síndrome como es el caso de una investigación hecha por Atance (1997), quien manifiesta que hay mayores niveles de burnout en personas que tienen una antigüedad laboral de 5 a 10 años.

Otra variable es el ambiente laboral que según, Sarros y Friesen (1987) manifiestan que cuando los flujos comunicativos se deterioran mas en el ambiente social del individuo, la aparición de burnout aumenta. Es decir que el ambiente en que las personas se desenvuelven y la comunicación que sostiene con sus compañeros de trabajo son determinantes del síndrome.

La inadecuación laboral es una variable que sirve como uno de los alicientes para desencadenar este síndrome, como exponen Ayuso y López (1993) no adaptarse al perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña y para el cual no está adecuado profesionalmente.

### **3.1.1. Variables de riesgo y protectoras**

Existen variables de riesgo y variables protectoras asociadas al síndrome de Burnout, según Velásquez (2003), estas variables interactúan entre la organización y la gestión del trabajo las cuales “pueden originar una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia.”

En cuanto a las variables de riesgo relacionadas a profesionales de la salud, según Velásquez (2003) pueden ser: la edad, el estado civil, género, nivel académico, sector de trabajo, horas de trabajo, turno laboral y guardias, tiempo de servicio, área de desempeño, sobrecarga de trabajo y el salario.

Según Grau (2007), las variables protectoras relacionadas al síndrome de Burnout son: la edad en etapa joven adulta, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y satisfacción económica.

### **3.1.2. Motivación y satisfacción laboral**

La motivación es uno de los principales fundamentos en el ser humano infiriéndose por el ambiente o la herencia y son observados por diversas facetas tales como: la personalidad, conocimientos, aptitudes y habilidades basados en estímulos externos e internos logrando alcanzar las expectativas u objetivos en la vida cotidiana ya sea laboral o personal.

Los autores Benavides, Ruiz y García, (2000) manifiestan que la salud laboral es la relación que se da entre salud y trabajo, la cual, dependiendo de la dirección que tome positiva o negativa, puede ser virtuosa. Se trata de que unas adecuadas condiciones de trabajo repercutan en una adecuada salud laboral, lo cual a su vez desencadenará un alto desempeño y calidad en el trabajo.

Si, por otra parte, la relación es negativa, condiciones inadecuadas de trabajo, o incluso la ausencia de éste, puede desencadenar trastornos tanto físicos como psicológicos.

Mencionamos que la motivación y satisfacción laboral se relacionan mutuamente porque el ser humano manifiesta comportamientos positivos reconfortantes dirigidos hacia algún objetivo mediante estímulos internos o externos. De esa manera el hombre demuestra actitud positiva reconfortante sobre el empleo que se le asignan.

De acuerdo a Abraham Maslow (1943) nos habla sobre la pirámide de motivación del ser humano la que contiene cinco niveles jerárquicos:

- **NECESIDADES FISIOLÓGICAS:** Son aquellas primordiales en el ser humano que ayudan a la supervivencia solucionando difíciles situaciones de acuerdo al medio que se encuentra el sujeto. Entre las cuales se menciona las siguientes necesidades: homeóstasis (esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo), la alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, también se encuentran necesidades de otro tipo como el sexo, la maternidad o las actividades completas.
- **NECESIDADES DE SEGURIDAD:** Es una necesidad que todos los seres humanos necesitan como es seguridad en con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, consigo mismo en las actividades, pensamientos, actitudes, etc. Cierta necesidad van tomadas de la mano con el temor de los sujetos como tendencia a perder el control de su vida y están de cierta manera en una íntima relación íntimamente con el miedo.
- **NECESIDADES SOCIAL:** La integridad del ser humano al núcleo social es una de las satisfacciones fisiológicas y de seguridad, ya que la motivación es un complemento que se va dando en la sociedad de acuerdo a las necesidades, aportando una buena comunicación que se encuentran alrededor y de esa manera sentirse parte se la sociedad de manera íntegra.
- **NECESIDADES DE RECONOCIMIENTO:** Como el término lo dice, el reconocimiento es una necesidad otorgada de manera personal u a otras personas como parte de enlace el autoestima el mismo que es muy primordial en el ser humano con la finalidad de tener armonía, vitalidad, ganas de triunfar y



seguir en adelante en el transcurso de la vida y sentirse apreciado por el grupo social mediante la inclusión sin importar el género, raza, etc., incluyendo la autovaloración y el respeto a si mismo

- **NECESIDADES DE AUTO-SUPERACIÓN:** Mediante la cual el ser humano es trascendente en la vida a través de la autorrealización, convirtiéndose en un ideal y ejemplo a seguir desarrollando sus habilidades motrices, cognitivas, intelectuales, espirituales y valores, demostrando al máximo su talento.

### 3.1.3. Investigaciones realizadas

Los siguientes cuadros son acerca de investigaciones realizadas sobre el burnout y su relación con las variables sociodemográficas.

*Cuadro 5. Investigaciones del Burnout y Variables Sociodemográficas*  
*Investigación 1.*

<b>Título</b>	Factores Asociados Al Síndrome Burnout En Médicos Y Enfermeras Del Hospital Nacional Sur Este De Es Salud Del Cusco
<b>Autor</b>	Rodolfo Quiroz Valdivia, Santiago Saco Méndez
<b>Año</b>	1999
<b>Lugar</b>	Cusco
<b>Población</b>	137 personas
<b>Metodología</b>	Es una investigación cuantitativa, exploratoria, descriptiva y transaccional. Los instrumentos de investigación fueron cuestionarios estructurados especialmente confeccionados para el presente estudio
<b>Resumen</b>	<p>Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia del Síndrome Burnout y determinar si existe asociación entre el síndrome Burnout y los factores siguientes: variables socio demográficas, problemas familiares, motivación para el trabajo, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, auto percepción del desempeño laboral.</p> <p>Se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia del Síndrome Burnout se encuentra en grado bajo en el 79.7 % de médicos y 89 % de enfermeras; en grado medio en el 10.9 % de médicos y 1.4 % de enfermeras. No se encontró Síndrome</p>

Burnout en alto grado. Existe asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables: sexo masculino, la profesión de médico, tiempo de servicio mayor de 12 años, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral y alta insatisfacción laboral. Existe baja asociación estadística con el trabajo mayor a 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. Existe correlación inversa con situación laboral, motivación para el trabajo, auto percepción laboral, satisfacción laboral e insatisfacción laboral. No se encuentra asociación estadísticamente significativa con el número de horas de trabajo diario, ni con quien vive.

Autores: Rodolfo Quiroz Valdivia, Santiago Saco Méndez  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

*Cuadro 6. Investigaciones del Burnout y Variables Sociodemográficas*  
*Investigación 2.*

<b>Título</b>	Ciencia Y Enfermería. Satisfacción Laboral En Enfermeras/Os Que Trabajan En El Sistema De Atención Médica De Urgencia
<b>Autor</b>	Sarella Parra L y Tatiana Paravic K
<b>Año</b>	2002
<b>Lugar</b>	Chile
<b>Población</b>	63 personas
<b>Metodología</b>	Esta investigación es descriptiva, prospectiva y correlacional, realizada con el universo de las/os enfermeras/os que trabajan en esos servicios. Los instrumentos aplicados fueron la escala de Maslash BurnoutInventory (M.B.I), está conformado por 22 ítems (9 CE, 5DP, 8RP) que se miden con una escala de 7 puntos; el Índice de Descripción del Trabajo (IDT) y un instrumento creado por la autora.
<b>Resumen</b>	La presente investigación estudia la satisfacción laboral de las/os enfermeras/os que trabajan en el Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU), en la Región Metropolitana y Octava Región, Chile. El análisis de los datos muestra que existe tendencia a la satisfacción laboral y que la variable <i>actividades del trabajo</i> es aquella con la que se encuentran más satisfechas/os las/os enfermeras/os. Las variables <i>promociones</i> y <i>remuneraciones</i> son predictores de una gran insatisfacción en las/os

enfermeras/os. Se encontró que no existen diferencias entre el grado de satisfacción laboral general de las/os enfermeras/os que postularon en primera opción a enfermería a su ingreso a la universidad de aquellas que optaron por otra carrera como primera opción a enfermería a su ingreso a la universidad de aquellas que optaron por otra carrera como primera opción. Existió una *correlación positiva* entre la satisfacción laboral general de las/os enfermeras/os y la satisfacción con su vida personal.

Permite medir a los individuos en un nivel, bajo, moderado y alto según la puntuación y una encuesta sobre factores laborales la cual obtuvo una confiabilidad de 86. Con ambos instrumentos se buscó lograr demostrar la presencia de Burnout. Es importante mencionar que algunos de los factores laborales pueden generar que el trabajador sufra dicho padecimiento y que este a su vez puede llegar a perjudicar a las instituciones, solicitantes de servicio, familiares y población en general.

Autores: Sarella Parra L y Tatiana Paravic K  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

### **3.2. El burnout y la relación con la salud mental**

Es muy importante hacer hincapié en el síndrome de burnout ya que se debe a Herbet Freudenberger (1974) caracterizado por su profesión de psicólogo clínico, que empleo para describir un conjunto de síntomas físicos, psíquicos, emocional, como resultado de las condiciones de trabajo. Este síndrome se caracteriza primordialmente por un estado de agotamiento como consecuencia de un trabajo intenso.

Por otro lado, el término burnout ha sido empleado en sentidos muy amplios para referirse a situaciones diversas en el trabajo; por ejemplo, Pines y Aronson Pines, Aronson&Kafry, (1981) diferencian entre burnout y tedio, término que emplean para referirse a un síndrome similar al burnout en profesiones que no son de servicios humanos.

Como se ha mencionado el burnout tiene relación con la salud mental ya que los profesionales mediante investigaciones tratan de superar el síndrome y mejorar las condiciones de vida del ser humano en las diferentes facetas de la vida. El autor Parra, J. (2005), Menciona que el ser humano se manifiesta ante los demás con su

forma de pensar, sentir, actuar mediante los cuales podemos descifrar el desequilibrio de las emociones en diferentes niveles o grados por esa razón las personas que lo padecen deben estar seguras y positivas mediante estrategias de afrontamiento o técnicas para desensibilizar el síndrome y de esa manera poder tener una satisfacción personal y laboral.

### 3.2.1. Definiciones de salud mental

Mediante las investigaciones se da a conocer los criterios de los respectivos autores sobre las definiciones de salud mental:

*Cuadro 7. Definiciones de Salud Mental*

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definiciones</b>
Vidal, y Alarcón	1986	En la psiquiatría se considera que la salud mental “es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades”
Starfield	2001	Afirma que la salud debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo de la vida; se trataría de un concepto positivo que engloba tanto recursos personales como capacidades físicas.
Petra	2001	Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.
Carrillo y Carrillo	2005	Esta última definición, rescata la idea de que la salud no es un bien sino un derecho y que no solo depende del factor orgánico - físico, sino de la calidad de vida y de variables socioeconómicas como el trabajo.
Arturo Campaña	2008	Salud Mental es el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto y su realidad.

Fuente: Todos los autores  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

### **3.2.2. Salud Mental y el Estrés**

La salud mental es un estado de bienestar con efectos positivos como el placer, satisfacción, comodidad y negativos como ansiedad, estado de ánimo depresivo, para lo cual es muy afirmante y significativo el proceso de conducta de afrontamiento, con la finalidad de luchar de manera independiente y autónoma.

### **3.2.3. Síntomas somáticos**

Es importante hacer hincapié en varias sintomatologías de carácter somático que se puede evidenciar a través de estudios como consecuencia del síndrome de burnout.

Mediante investigaciones realizadas los autores Álvarez, G. y Fernández, R. (1991) manifiesta los principales síntomas somáticos que se manifiestan podrían estar: fatiga crónica, las cefaleas, los dolores musculares, especialmente los dorsales, los problemas de pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas de sueño, úlceras y problemas gastrointestinales

En la evaluación realizada por Melamed, Kushnir, y Shirom (1992), determinaron que existen ciertos riesgos cardiovasculares, donde varios pacientes al presentar agotamiento laboral, presentaban también alteraciones cardiovasculares, así por ejemplo varios de ellos manifestaban hipertensión cardiovascular, a través de las evaluaciones médicas aplicadas. Dentro de mi criterio personal, es importante mantener una homeostasis dentro del aspecto laboral, donde se puedan liberar varias emociones que están obstaculizando un buen desempeño, para lo cual es importante la intervención oportuna y profesional de personas que faciliten dicho proceso

### **3.2.4. Ansiedad e insomnio**

La definición de ansiedad tomado del DSM-V (Manual de clasificación de Trastornos Psicopatológicos), donde se manifiesta en una reacción al miedo; la misma que puede mantener niveles o grados como: leve, moderada o severa; según el estímulo recibido y los procesos de afrontamiento frente al trabajo, determinan en gran magnitud que el ser humano, manifieste ciertos niveles de ansiedad en relación a sus funciones. Se convierte en más notorio cuando su trabajo, demanda la interrelación

con demás seres humanos; donde la percepción del cliente o paciente dependerá del nivel de atención que brinde cada profesional de turno.

Para poder definir el insomnio, es necesario conocer los tipos de insomnios que existen:

- Insomnio de conciliación: La persona tiene incapacidad para dormir cuando se acostado con la misma intención.
- Insomnio de mantenimiento o despertares múltiples: Se duerme con normalidad y la persona se despierta a lo largo de la noche tiene múltiples despertares que impiden que tenga un sueño reparador.
- Insomnio de despertar precoz: Suelen dormir muy poco y despertarse muy pronto por la mañana, siendo incapaz de regresar a conciliar el sueño.

Según el manual de diagnóstico CIE.10 (F51.0; G7, 0); el insomnio presenta varias sintomatologías, las mismas que suscribimos a continuación:

- Dificultad para conciliar el sueño al acostarse (insomnio inicial)
- Despertarse frecuentemente por la noche (insomnio intermedio)
- Despertarse muy temprano por la mañana antes de lo planeado) insomnio terminal)

### **3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria**

Según Castro (2011), la disfunción social causa un rechazo social hacia la persona que lo padece y este provoca a su vez un gran daño a la personalidad del individuo.

La disfunción social persistente suele crear algunos síntomas tales como:

- Angustia: estado anímico de extrema inquietud ante un peligro no definido.
- Ansiedad: temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. Tristeza: falta de ánimo estado de depresión.
- Pérdida de autoestima y somatización: La persona se siente poco importante, estas personas con baja autoestima no poseen la fuerza interior se sienten en completa soledad.

- Problemas neurológicos leve: puede producir alteraciones en el desarrollo o no aporta la funcionalidad del individuo con respecto a su entorno.

### 3.2.6. Tipos de depresión

Las personas que padecen de depresión presentan alteraciones del humor, irritabilidad, falta de capacidad para sentir placer, apatía, incluso alteraciones cognitivas, psicomotoras y vegetativas como el sueño y el apetito.

Los síntomas se caracterizan por: humor depresivo, sensación de tristeza, auto desvaloración y sentimientos de culpa, reducción de la capacidad de experimentar placer en la mayor parte de las actividades, fatiga o sensación de pérdida de energía o de tomar decisiones. Los síntomas fisiológicos tienden a padecer alteraciones de sueño, etc.

Según el Dr. Hideyo Noguchi (2007), la depresión se clasifica en tres tipos:

**Depresión severa:** Esta depresión es menos grave, con síntomas crónicos que puede ocurrir a largo plazo acompañado de diversos síntomas de trastorno depresivo mayor (se manifiesta por una combinación de los síntomas de depresión que interfieren en la vida cotidiana)

**Distimia:** Es una depresión que puede acabar con el bienestar de la persona y puede presentar en el transcurso de la vida cuadros depresivos severos.

**Trastorno bipolar:** Se le conoce también con el nombre de maniaco depresivo, no se presenta en las personas como los anteriores, más bien se caracteriza por cambios de comportamiento con el estado de ánimo presentando hiperactividad y deber ser controlado por los profesionales la manía porque caso contrario podría perder la razón.

### 3.2.7. Investigaciones realizadas

*Cuadro 8. Investigaciones del Burnout y Salud Mental*

*Investigación 1.*

<b>Título</b>	El Burnout Médico: La Ansiedad Y Los Procesos De Afrontamiento Con Factores Intervinientes.
<b>Autor</b>	Moreno Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R y Morante Benadero, M.E.
<b>Año</b>	2005
<b>Lugar</b>	Madrid
<b>Población</b>	130 personas
<b>Metodología</b>	Mediante un análisis multivariante MANOVA y la aplicación de la escala de Maslach Burnout Inventory, Maslach y Jackson, (1896), State Triat Anxiety Inventory, Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1988); Ways of Coping Checklist; Lazarus y Folkman (1894) y el Cuestionario de Afrontamiento Medico Situacional: Marco – Jimenez y Seminotti (1998).
<b>Resumen</b>	<p>La presente investigación plantea dos objetivos centrales: evaluar el nivel de significación de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en el proceso de burnout y clarificar la relación empírica entre ellas.</p> <p>Las variables independientes fueron: género estado civil, grupo médico, experiencia clínica, edad y especialidad. Los resultados demostraron una relación significativa entre las variables dependientes y el género médico, grupo médico y la edad mediante análisis multivariante MANOVA. El análisis de regresión por pasos mostro resultados relevantes para determinar un modelo teórico situacional del proceso de burnout.</p>

Autores: Moreno Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R y Morante Benadero, M.E.  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine



Cuadro 9. Investigaciones del Burnout y Salud Mental

Investigación 2.

<b>Título</b>	Burnout Y Salud Percibida En Profesionales De Enfermería De Cuidados Intensivos
<b>Autor</b>	M.I. Ríos Risquez; F. Peñalver Hernándezb y C. Godoy Fernándezc
<b>Año</b>	2007
<b>Lugar</b>	Murcia
<b>Población</b>	56 personas
<b>Metodología</b>	El diseño de Estudio descriptivo transversal. Se emplearon tres instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y los cuestionarios validados Maslach Burnout Inventory (MBI) y General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg, para la evaluación del burnout y el estado general de salud percibido, respectivamente.
<b>Resumen</b>	<p>El objetivo es estimar la prevalencia del síndrome de estar quemado por el trabajo (burnout o desgaste laboral) en una muestra de profesionales de enfermería del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Morales Meseguer ubicado en Murcia capital y analizar su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales.</p> <p>De un total de 56 cuestionarios administrados, se obtuvieron 42 válidos, lo que supone una tasa de respuesta del 75%. Destaca la puntuación media obtenida en la dimensión de agotamiento emocional (25,45 _ 11,15). El 42,9% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Resultó significativa la asociación burnout-salud general percibida (<math>r = 0,536</math>; <math>p &lt; 0,001</math>), destacando sobre todo la asociación agotamiento emocional-escala B de síntomas de ansiedad (<math>r = 0,648</math>; <math>p = 0,000</math>). Los niveles encontrados de desgaste profesional resultaron ser moderados-altos. El 11,9% de la muestra estudiada puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional,</p>

despersonalización y falta de realización personal en el trabajo.

Conclusiones. Los niveles de burnout y salud encontrados nos indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral

Autores: M.I. Ríos Rísquez; F. Peñalver Hernándezb y C. Godoy Fernándezc  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

### **3.3. El burnout y el afrontamiento**

El burnout es un estado de agotamiento físico, emocional, causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandadas, durante un tiempo prolongado, (Pines y Anderson, 1980).

En definitiva el síndrome de burnout es el resultado de una interacción psicosocial entre una persona y su entorno. Mediante una relación con el burnout y afrontamiento es similar, pero existe una gran diferenciación entre lo que puede ser prevención o afrontamiento, en el caso de burnout se denota unos fragmentos más difusos, ya que una estrategia de afrontamiento puede servir como prevención y como terapia al mismo tiempo.

Se da a conocer el criterio de varios autores sobre el afrontamiento: La taxonomía propuesta por Lazarus y Folkman (1984) puntualiza aún más dos grados de afrontamiento: directo, cuando la persona realiza algo cuyo efecto es llegar a controlar la situación, o indirecto, cuando la persona pone en marcha algo que sólo indirectamente actuará sobre la situación (cuando la acción directa es imposible o demasiado costosa). Pines y Aronson (1988) han añadido la dimensión activa/inactiva al afrontamiento, según que el afrontamiento se dirija a la fuente o bien a evitarla/negarla. El producto de estas dos dimensiones genera una clasificación del afrontamiento en cuatro categorías, directa/activa (cambiar la fuente, luchar con la fuente, buscar aspectos positivos), directa/inactiva (ignorar la fuente, evitar la fuente, huir de la situación), indirecta/activa (hablar sobre el problema, cambiar uno mismo para adaptarse a la situación, buscar otras actividades), indirecta/inactiva (uso de drogas - alcohol, tabaco, etc. -, enfermar, hundirse). En general, las conductas de afrontamiento indirectas e inactivas son menos efectivas que las formas activas y directas (Etzion y Pines, 1986).

### 3.3.1. Definición de afrontamiento

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

Mediante investigaciones según el autor Buendía y Mira (1993), al tratar del estrés proponen el siguiente cuadro donde se compara los mecanismos de defensa y las estrategias de afrontamiento

*Cuadro 10. Mecanismos de Defensa y Estrategias de Afrontamiento*

	<b>Afrontamiento</b>	<b>Defensa</b>
Sentido	adaptativo	Desadaptativo
Objeto	dominio	Reducir la ansiedad
Nivel	consciente	Inconsciente
Operación	esforzada	Automática

Autores Buendía y Mira  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

Los autores Buendía y Mira (1993) afirman que no hay estrategias de afrontamiento que sean válidas para todo el mundo, sino que cada persona puede elegir una u otra según su personalidad, el contexto y el momento en el que se encuentre. Distinguen entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento, asociando el estilo a los procedimientos característicos de las personas y las estrategias se asociarían más a las condiciones ambientales, refiriéndose a acciones cognitivas o conductuales realizadas en el transcurso de un episodio estresante particular.

El afrontamiento se caracteriza porque las personas tienen la oportunidad de resolver los problemas que se da por ciertas demandas de situaciones de estrés.

### 3.3.2. Teorías de afrontamiento

Según el autor Lazarus, R y Folkman, (1985). Las respectivas teorías de afrontamiento más usuales, se menciona el modelo de estrés transaccional la cual plantea que durante el “afrontamiento del estrés” las personas despliegan unos esfuerzos cognitivos, conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas e internas que son evaluados como desbordantes de los recursos del individuo”

Con las diferentes estrategias el ser humano tiene para poder enfrentar a los problemas cotidianos de la vida, los mismos que no estresan en diferentes miles del mismo, a continuación un ejemplo de afrontamiento:

*Cuadro 11. Afrontamiento*

<b>Situación Estresante: La historia de Fermín (moldes y estrategias situacionales)</b>	
<b>Molde Inadecuado</b>	<b>Evaluación Selectiva Negativa:</b> Fermín siente que no puede disfrutar del tiempo de ocio con sus amigos, ni con su pareja; tendrá que dejar de lado muchas cosas que le gusta hacer, a pesar de que éste es el sueño de su vida. Ésta es una reacción habitual que suele tener ante las situaciones que vive a diario.
<b>Molde Adecuado</b>	<b>Transformación rentabilizadora:</b> A pesar del esfuerzo que le va a suponer, piensa en sacarle el mayor partido a esta nueva situación, dándole la vuelta a los problemas que puedan surgir y disfrutando mucho de todo el proceso y de las nuevas experiencias. Ésta es una reacción habitual que suele tener ante las situaciones que vive a diario.
<b>Estrategia Inadecuada</b>	<b>Evitación:</b> Ha decidido no dedicarle mucho tiempo a pensar en cómo solucionar esta situación concreta que está viviendo. No

	tocar el tema quizás le venga bien para no sentirse tan mal. Esta decisión afecta sólo a este problema, pero si es habitual, estamos ante un molde de Oblicuidad cognitiva
<b>Estrategia Adecuada</b>	<b>Precisión y supervisión:</b> Se ha sentado a hacer una lista con todo lo que tiene que hacer, dedicando un tiempo específico a cada tarea y dejando tiempo libre para su descanso y ocio. Lo ha dejado por escrito y en un sitio visible para que le ayude a superar este momento de una manera más cómoda para él. Esta decisión afecta sólo a este problema, pero si es habitual, estamos ante un molde de Precisión y supervisión

Autores: Lazarus, R y Folkman  
 Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

“Según el autor, cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés. Son muchos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento. Por un lado, puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud o con la energía física con la que se cuenta; pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales que se tengan, religiosas o no, las creencias generales relativas al control que podemos ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos; el aspecto motivacional, también puede favorecer al afrontamiento, así como las capacidades para la resolución de problemas o las habilidades sociales: además, Lazarus, añade el apoyo social y los recursos materiales como otros factores que hay que tener presentes”. (Moreno, 2007).

Como lo dice el autor es muy indispensable en la vida de las personas el apoyo social ya que mediante la cual se puede dar u otorgar un excelente mecanismo de afrontamiento, pero sobre todo con salud mental que nos traduce vitalidad integral, que se presentan motivados por factores del medio y personales.

### 3.3.3. Estrategias de afrontamiento

El ser humano las realiza las estrategias de afrontamiento a través del reforzamiento positivo, como un proceso no como rasgo, sometiendo a la diferenciación con otros constructos, como se manifiesta con la conducta adaptativa, los resultados obtenidos.

Las estrategias de afrontamiento se presentan de la siguiente manera de acuerdo al autor: Lazarus y Folkman (1986)

- Confrontación
- Distanciamiento
- Autocontrol
- Busca de apoyo profesional
- Aceptación de la responsabilidad
- Escape – evitación
- Planificación de soluciones
- Reevaluación positiva
- Pensamientos positivos (esfuerzos activos, cognitivos, visualizar el problema)
- Búsqueda de apoyo social
- Búsqueda de soluciones
- Contabilizar las ventajas (se aproxima al problema comparándole con una situación peor).

### 3.3.4. Investigaciones realizadas

*Cuadro 11. Investigaciones de Burnout y Afrontamiento*

*Investigación 1.*

<b>Título</b>	Burnout Y Salud Percibida En Profesionales De Enfermería De Cuidados Intensivos
<b>Autor</b>	Eduardo Adrián Jaramillo Campillo; Viviana María Ruiz Arias; Ingrid Lucía Pardo Percy
<b>Año</b>	2009
<b>Lugar</b>	Ciudad de Montería
<b>Población</b>	70 personas
<b>Metodología</b>	Los instrumentos empleados fueron el MBI y la escala de estilos de afrontamiento WOC.
<b>Resumen</b>	En los últimos años se ha realizado una gran cantidad de investigaciones acerca del

síndrome de Burnout, que han llevado a la comprensión de su evolución, reconociéndolo como uno de los factores más influyentes en la calidad de los servicios prestados, la accidentalidad, el ausentismo laboral y las enfermedades psicosomáticas. Este estudio evaluó la prevalencia del síndrome en treinta médicos y cuarenta enfermeras de una red urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería.

Los resultados evidencian la presencia del síndrome en la población participante. De igual forma, los datos demuestran que los estilos de afrontamientos más frecuentemente usados son el afrontamiento dirigido al problema, la búsqueda de ayuda social, el pensamiento ilusorio y la indiferencia. Los análisis correlacionales arrojan la existencia de asociaciones significativas entre el agotamiento emocional y la indiferencia, el tiempo de experiencia laboral y la despersonalización, así como la realización personal y la edad. No se encontraron relaciones significativas entre otras características socio demográfico y el síndrome.

Autores: Eduardo Adrián Jaramillo Campillo; Viviana María Ruiz Arias; Ingrid Lucía Pardo Percy  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

*Cuadro 12. Investigaciones de Burnout y Afrontamiento*

*Investigación 2.*

<b>Título</b>	Estudio Sobre La Escala De Estilos Y Estrategias De Afrontamiento
<b>Autor</b>	María Dolores Martín Díaz; María Pilar Jiménez Sánchez; Enrique G. Fernández-Abascal
<b>Año</b>	1997
<b>Lugar</b>	Ciudad de Montería
<b>Población</b>	319 personas
<b>Metodología</b>	Los instrumentos empleados fueron el MBI y la escala de estilos de afrontamiento WOC.
<b>Resumen</b>	Los resultados obtenidos, muestran que la consistencia interna de la prueba con todos los ítems es alta, dentro de las escalas que evalúan las estrategias de afrontamiento esta consistencia varía, así nos encontramos con alta consistencia en escalas como reevaluación positiva, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional,

resolver el problema y apoyo social emocional, todas con un alpha por encima de 0,7, y en cambio esta consistencia es relativamente baja en escalas como evitar el afrontamiento y respuesta paliativa. En lo que respecta a los estilos de afrontamiento en general la consistencia es aceptable, es alta en el método activo, método evitación, y actividad cognitiva y algo más baja en el método pasivo y en focalización en la emoción. La consistencia interna está en la línea de la obtenida por otros autores en inventarios de afrontamiento, así por ejemplo, tenemos que la obtenida por Folkman y Lazarus (1985) en el Inventario de Tipos de afrontamiento

Autores: María Dolores Martín Díaz; María Pilar Jiménez Sánchez; Enrique G. Fernández-Abascal  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

*Cuadro 13. Investigaciones de Burnout y Afrontamiento*

*Investigación 3.*

<b>Título</b>	Estrategias De Afrontamiento Del Estrés Asistencial Y Satisfacción Laboral-Personal En Médicos Y Enfermeros
<b>Autor</b>	Lisbeth Bethelmy Rincón, Leticia R. Guarino
<b>Año</b>	1997
<b>Lugar</b>	Argentina
<b>Población</b>	196 personas
<b>Metodología</b>	A través de un Análisis descriptivo y la aplicación de dos instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas: la escala de estresores asistenciales y la de afrontamiento del estrés asistencial y una escala de satisfacción laboral-personal
<b>Resumen</b>	
<p>El presente estudio persiguió un doble propósito: a) identificar las estrategias de afrontamiento del estrés (coping) más comúnmente empleadas por los profesionales de la salud, y b) explorar las vinculaciones entre el estrés asistencial con el grado de satisfacción personal-laboral. Con tal finalidad se implementó una investigación empírica plurietápica.</p> <p>Análisis descriptivos permitieron detectar las principales estrategias de afrontamiento, en tanto que análisis correlacionales mostraron el inter juego entre la totalidad de las</p>	



variables exploradas. Se analizan los resultados obtenidos a la luz de los lineamientos básicos de la teoría transaccional del estrés. Se explicitan las fortalezas y debilidades del estudio y se sugieren cursos de acción para la prevención del estrés entre los profesionales de la salud.

Autores: Lisbeth Bethelmy Rincón, Leticia R. Guarino  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

### **3.4. El burnout y la relación con el apoyo social**

Otra causa importante del surgimiento del burnout es la falta de apoyo social (Schaufeli y Bakker, 2007). Las personas forman parte de diferentes redes y pueden ser miembros de diferentes grupos que se solapan entre sí, como la familia o el trabajo. Las redes sociales plantean exigencias a las personas, pero también pueden ofrecer apoyo (Pines y Aronson, 1988). El apoyo social juega un papel importante en relación con la salud de una persona y constituye una fuente significativa que cabe utilizar en la prevención del burnout (Baruch-Feldman, Brondolo, Ben-Dayán y Schwartz, 2002; Cordes y Dougherty, 1993; Halbesleben, 2006; Hendrix, Cantrell y Steel, 1988; Leiter, 1991; Sundin, Hochwälder, Bildt y Lisspers, 2007).

En relación con la explicación del burnout, se estima que el apoyo social, por parte, entre otros, de los directivos, los compañeros de trabajo y la pareja, es relevante (Demerouti et al., 2001; Halbesleben, 2006). Uno de los recursos que puede atenuar el estrés en el trabajo es el apoyo social de los directivos (Kickul y Posig, 2001; Schaufeli y Enzmann, 1998). La relación con los directivos puede servir de amortiguador frente al estrés en el trabajo, por ejemplo, dando feedback y ofreciendo trabajo desafiante (Schaufeli y Bakker, 2007). Por otro lado, este recurso puede influir directamente en las exigencias del trabajo, por ejemplo, cuando un directivo le pide a un empleado tener determinado rendimiento (Halbesleben, 2006).

Los sentimientos de agotamiento emocional y distanciamiento pueden estar originados por problemas que los empleados experimentan con otras personas. Puede tratarse de problemas con los directivos, pero también con otros compañeros de trabajo. La falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo puede conllevar un aumento del riesgo de burnout (Schaufeli y Bakker, 2007). El burnout es un fenómeno

relacionado con el trabajo que, sin embargo, no está exclusivamente circunscrito a la situación laboral (Cordes y Dougherty, 1993).

### 3.4.1. Definición de apoyo social

El interés por el concepto de apoyo social se origina en los años 70 como una variable primordial en estudios del área de la salud, especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis. En el siguientes cuadro se señalan algunas definiciones que expertos han dado al tema.

*Cuadro 14. Definiciones de Apoyo Social*

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definición</b>
Maslow	1990	El ser Humano, tiene como una necesidad puntual para garantizar su existencia el sentirse parte de algo. Demanda de afecto, estima y respeto para poder desarrollarse plenamente.
Gottlieb	1998	Es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesibilidad por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.
Newman	2001	El apoyo social es la construcción permanente de procesos de apoyo psicológico provenientes de personas significativas que permiten superar problemas en base a hacer sentir importante a la persona afectada, valorando su condición y permitiéndole tener guías para solventar un hecho específico
Ortega, Lopez y Alvarez.	2006	En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.)

Fuente: Todos los autores  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine.

En resumen, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, se puede decir que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos.

### 3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social

Existen varios modelos explicativos de apoyo social pero dos han sido los principales modelos para explicar el efecto positivo que tiene el apoyo social en el bienestar y la salud.

M  
o  
d  
e  
l  
o  
s

En el modelo del efecto directo según Lazarus y Folkman (1984), el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cuál a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

E  
x  
p  
l  
i  
c  
a  
t  
i  
v  
o  
s

El segundo modelo de apoyo social conocido como el modelo del efecto amortiguado, según, Barron, Lozano, Chacon (1996), bajo este modelo se postula que el apoyo social interviene como variable "mediadora" en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. El apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social. Esta forma de apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud.

Fuente: Todos los autores  
Autor: Ayala Michelle y Rojas Catherine

### **3.4.3. Apoyo Social Percibido**

El concepto de apoyo social percibido según, García (1997), se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible.

House y Kahn (1985), manifiestan que el apoyo social percibido es la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar; por lo cual es importante tomar en cuenta la percepción que tienen las personas acerca de lo que están recibiendo como apoyo social. Cuando un individuo percibe el apoyo social de los que lo rodean, acepta las soluciones que éstos le proveen para resolver el problema, al mismo tiempo que lo ayudan a disminuir la importancia de la situación. Estos procesos disminuyen la respuesta del sistema neuroendocrino y colaboran para que la persona sea menos reactiva ante el estrés percibido.

Diversas investigaciones realizadas por Gracia y Herrero en el año 2006; Palomar y Lanzagorta en el año 2005, señalan que las personas en condición de riesgo que se sienten apoyadas por sus amigos y familia, presentan menores índices de depresión y ansiedad y un mayor nivel de autoestima. Ello les permite afrontar de manera más adecuada los problemas cotidianos, proporcionándoles además mejores condiciones para enfrentar su situación de pobreza y posibilitar el mejoramiento de su condición económica, como también mantener un ajuste psicológico más adecuado.

### **3.4.4. Apoyo Social Estructural**

El apoyo social estructural según, Riquelme en 1997, hace referencia a las características objetivas de la red de apoyo social: tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc. y a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella.

Según, Méndez y Cruz (2008), la red de apoyo social informal, se basa en las relaciones personales, familiares y comunitarias no estructuradas como programas de apoyo. Las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso para las personas; se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas.

Según Sánchez (2000), la red de social de apoyo formal es cuando sus miembros desarrollan roles concretos, basados en una organización formal y estructurada que considera objetivos específicos en ciertas áreas determinadas. Se puede integrar con organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas que brindan servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas.

### 3.4.5. Investigaciones realizadas

*Cuadro 15. Investigaciones del Burnout y el Apoyo Social*

*Investigación 1.*

<b>Título</b>	Apoyo Social Y Síndrome De Quemarse En El Trabajo O Burnout: Una Revisión
<b>Autor(es)</b>	Carolina Aranda, Manuel Pando y María Berenice Pérez
<b>Año</b>	2004
<b>Lugar</b>	Xalapa/México
<b>Resumen</b>	
Manifiestan que cuando el apoyo social es inadecuado o no se brinda, puede intervenir o facilitar el desarrollo de enfermedades, en particular el síndrome de quemarse por el trabajo, también conocido como burnout.	

Autores: Carolina Aranda, Manuel Pando y María Berenice Pérez  
 Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

*Cuadro 16. Investigaciones del Burnout y el Apoyo Social*

*Investigación 2.*

<b>Título</b>	Las Redes Sociales De Apoyo Como Factor Protector A La Salud Frente Al Síndrome De Burnout En Agentes De Vialidad
<b>Autor</b>	Carolina Aranda, Ma. Guadalupe Aldrete, Manuel Pando
<b>Año</b>	2008
<b>Lugar</b>	México
<b>Población</b>	875 personas
<b>Metodología</b>	Diseño transversal, los instrumentos de valoración de Maslach Burnout Inventory y el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga.

## **Resumen**

El objetivo del trabajo fue determinar la relación entre el Síndrome de burnout y las redes sociales de apoyo en agentes de vialidad en una ciudad de México.

Se llega a la conclusión de que pese a la muy buena red de apoyo que se reportó, parece ser que éstas no fueron lo suficientemente contundentes, sobre todo en el aspecto objetivo y el síndrome, por lo que alguna estrategia de solución deberá ser implementada de manera individual, grupal y organizacional.

Autores: Carolina Aranda, Ma. Guadalupe Aldrete, Manuel Pando  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

### **3.5. El burnout y la relación con la personalidad**

Las variables de personalidad son influyentes dentro del desarrollo del burnout. Así se ha demostrado que los sujetos que exhiben un patrón de conducta tipo A, baja estabilidad emocional y manifiestan un locus de control externo (creencia que el mundo sigue un orden pero son otras personas y no ellos mismos tienen el control sobre este orden), son más vulnerables de sufrir burnout.

La personalidad del individuo, su vocación influye poderosamente en su desarrollo, como defiende Mondelo (1999), una de las características del síndrome es que se produce en profesiones que uno ha elegido libremente, que son más vocacionales que obligatorias.

De esta forma analizando variables personales encontramos la importancia del locus de control y el tipo de personalidad A. Nagy y Davis (1985), manifiestan que este patrón de personalidad predispone claramente al burnout. Este patrón particular de personalidad correlaciona con impaciencia, esfuerzo por el logro, urgencia temporal, competitividad y excesivo compromiso con el trabajo.

Investigaciones basadas en modelos de personalidad como el de Eysenck(1987), Furnham (1992), han encontrado al factor neuroticismo (inestabilidad emocional y/o afectividad negativa etc.), altamente relacionados con diversas variables de salud tales como estrés, hipertensión, enfermedad isquémica del corazón.

### 3.5.1. Definición de personalidad

El estudio de la personalidad dentro de la Psicología es amplio, los psicólogos no están de acuerdo con una definición única de la personalidad. En el presente cuadro están las definiciones de autores importantes:

*Cuadro 17. Definiciones de Personalidad*

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definición</b>
Gordon Allport	1937	La personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio.
Eysenck	1984	Definió personalidad como: Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.
Pelechano	1996	Características psicológicas que identifican a un individuo o a un colectivo de individuos, su génesis, estructura y funcionalidad, desde su origen hasta su desaparición.
Kotler	1996	Es el concepto de sí mismo o autoimagen de una persona, la cual es una compleja imagen mental que las personas tienen de sí mismos.
Pervin y John	1997	La personalidad representa aquellas características de la persona que explican los patrones consistentes de sentimientos, pensamientos y comportamiento
Sánchez	2011	Es la organización única y dinámica de las características físicas y psicológicas del individuo en particular, que influyen en sus conductas y respuestas al ambiente social y físico que le rodea.

Fuente: Todos los autores  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

Existen varias definiciones de personalidad las cuales podríamos sintetizar como el conjunto de características o patrón de sentimientos, emociones y pensamientos ligados al comportamiento, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y la conducta de cada individuo, que persiste a lo largo del tiempo frente a distintas situaciones distinguiendo a un individuo de cualquier otro haciéndolo diferente a los demás. Es decir, la personalidad es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad, mostrando una tendencia de ese

comportamiento a través del tiempo, que nos permite afrontar la vida y mostrarnos el modo en que nos vemos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. Nos permite reaccionar ante ese mundo de acuerdo al modo de percepción, retro-alimentando con esa conducta en nuestra propia personalidad.

### **3.5.2. Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud)**

Según Friedman, y Rosenman, en el año de 1959 descubrieron ciertas tipologías que parte de la observación de que la gente que sufre ataques cardíacos parece compartir algunas características conductuales muy particulares que difieren de aquellos que no los padecen. Según estos autores existen dos tipologías:

Las personas de tipo A, son personas más excitables cuando realizan tareas desafiantes, trabajan con intensidad, a veces ignoran las advertencias del cuerpo. Las personas con patrón de conducta tipo A, generalmente se caracterizan por la tendencia a ser enérgicos, impacientes, hostiles, irritables, tensos, suspicaces, desconfiados y hacen las cosas deprisa.

Las personas con patrón de conducta tipo B, por el contrario, son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de llevar. Son personas apáticas y no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés. Son calmados, contentos, despreocupados y relajados.

Eysenck (1987), explica los tipos de personalidad por medio de una teoría que se basa principalmente en la psicología y la genética. Manifiesta que las diferencias en la personalidad se desarrollan a partir de la herencia genética. Eysenck considera que son tres los factores que permiten explicar la varianza fundamental de la personalidad, los cuales son:

La Extroversión: se caracteriza por ser sociables, comunicativos, afectuosos (sentirse bien), y necesitados de estimulación externa.

El Neuroticismo o emocionalidad: se caracteriza por altos niveles de efectos negativos, como la depresión y la ansiedad.



El psicoticismo: comportamiento psicótico tiene su origen en las características de una mentalidad obtusa, inconformidad, desconsideración, imprudencia, hostilidad, ira e impulsividad.

### **3.5.3. Patrones de conducta y personalidad**

Según Gonzales (2000), cuando ciertas reacciones de la persona, se hacen muy frecuentes en determinados ambientes o situaciones, constituyen lo que llamamos un patrón de **conducta**. Un patrón de **conducta** es una forma constante que tiene una persona, de pensar, sentir, reaccionar físicamente y actuar en determinada situación.

Nuestros **patrones** de conducta de acuerdo con Gonzales (2000), tienen el siguiente origen:

Los copiamos o aprendemos de las personas que han compartido la vida con nosotros: padres, abuelos, tíos, maestros y de cualquier personaje importante con el cual hayamos tenido un contacto significativo a través de la TV, cine, videos, iglesia, paseos, retiros espirituales, etc. , sean estos personajes seres humanos, animales o dibujos animados.

Proviene de nuestras propias reacciones: esto quiere decir, que guardamos dentro de nosotros las reacciones que tenemos frente a otros o aún ante animales, dibujos animados, películas y frente a la naturaleza (un río, una montaña, la lluvia, truenos, relámpagos, tormentas, huracanes, etc.).

También grabamos y guardamos nuestras reacciones cuando satisfacemos o no las necesidades y deseos. Nuestras diversas reacciones frente al hambre, sed, contacto, compañía, afecto, seguridad, protección, etc.

### **3.5.4 Locus de control**

Según, Penhall (2001), el concepto de locus de control se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. En términos generales, constituye una expectativa generalizada o una creencia relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo. Cuando un sujeto percibe que un

determinado evento reforzador es contingente con su propia conducta, esto es, considera que ejerce influencias importantes sobre el curso de su propia vida, se dice que tiene un control interno del refuerzo; si por el contrario, un sujeto percibe un refuerzo como una consecuencia indirecta de su comportamiento y posee la creencia de que estos acontecimientos están determinados por fuerzas externas fuera de su alcance, tal como la suerte o el destino, se dice entonces que tiene un control externo del refuerzo.

Según Manstead y Van Der Pligt (1998), se puede considerar que el mayor o menor control conductual percibido está formado por dos elementos, uno interno orientado a la auto-dirección y otro externo, correspondiente a factores ajenos al sujeto, orientados a otras personas, o al azar, y que dificultarían o facilitarían, la realización de la conducta que permite obtener o eliminar premios o castigos. En este sentido el, locus de control es una relación entre la conducta del individuo y las consecuencias de ésta

### 3.5.5 Investigaciones realizadas

#### *Cuadro 18. Investigaciones del Burnout y Personalidad*

##### *Investigación 1.*

<b>Título</b>	Síndrome De Burnout, Personalidad Y Satisfacción Laboral En Enfermeras De La Ciudad De La Paz
<b>Autor</b>	Eric Roth y Bismarck Pinto
<b>Año</b>	2010
<b>Lugar</b>	La Paz
<b>Población</b>	215 enfermeras
<b>Metodología</b>	El estudio es descriptivo, correlacional y transversal.
<b>Resumen</b>	Se encontraron relaciones positivas entre el agotamiento emocional con la extraversión y el neuroticismo. Esto indica que existe mayor probabilidad a que las personas con rasgos extravertidos desarrollen agotamiento emocional en el trabajo. La despersonalización es más factible de presentarse en las enfermeras poco ambles y en aquellas con tendencia a la ansiedad.

Autores: Eric Roth y Bismarck Pinto  
Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

*Cuadro 19. Investigaciones del Burnout y Personalidad*

*Investigación 2.*

<b>Título</b>	Burnout En Médicos Y Enfermeras Y Su Relación Con El Constructo De Personalidad Resistente
<b>Autor</b>	Mará Ortega Herrera, Godeleva Ortíz Viveros Y Pedro Coronel
<b>Año</b>	2007
<b>Lugar</b>	México
<b>Población</b>	119 profesionales de la salud
<b>Metodología</b>	Se realizo un estudio descriptivo con diseño transversal y correlacional.
<b>Resumen</b>	<p>Se encontró una relación negativa entre la variable de la personalidad resistente y el burnout. En relación con el sexo se confirma que son las mujeres el grupo más vulnerable a contraer burnout.</p> <p>Se confirmó que la edad guarda relación con el síndrome ya que a mayor edad exhiben menos posibilidad de contraer. Se encontró que los sujetos que disponían de contrato base en su empleo mostraron menor nivel de burnout.</p>

Autores: Mará Ortega Herrera, Godeleva Ortíz Viveros Y Pedro Coronel

Elaborado por: Ayala Michelle y Rojas Catherine

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Contexto

El estudio se realizó en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS-Ibarra, ubicado en la Avenida Víctor Manuel Guzmán y Brasil en la ciudad de Ibarra.

Esta Institución es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el seguro general obligatorio que forma parte del sistema de seguridad social.

#### **Misión:**

Proteger la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra las leyes del seguro social.

#### **Visión:**

El IESS se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la ley de seguridad social vigente, convertirá a esta Institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado, que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.

Aquí laboran 42 médicos tratantes y 18 internos, en total son 380 personas, sumado el personal de enfermería y de apoyo, el cual cuenta con los servicios de psiquiatría, enfermería, rehabilitación, maternidad, hospitalización, gastroenterología, dermatología, endocrinología, emergencias, cuidados intensivos, psicología, nutrición, etc.

El hospital sirve a 47.200 afiliados activos, 10.000 jubilados y 33.029 miembros del Seguro Campesino de Imbabura. Sin embargo, también atiende a asegurados de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Sucumbíos.

## 4.2 Diseño de investigación

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

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

Esta investigación posee las siguientes características:

- **Es cuantitativa:** Se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.
- **Es no experimental:** Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- **Es transeccional (transversal):** Se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.
- **Es exploratorio:** Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
- **Es descriptivo:** Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

## 4.3 Participantes

En esta investigación participaron 60 profesionales de la salud, clasificados en 26 médicos, 54% género femenino y 45% masculino, también participaron 34 enfermeras, 94% género femenino y apenas el 6% género masculino. Todos en servicio activo, y vinculados al Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Ibarra.

#### 4.4 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán 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 y deben de ser aplicados en el orden que se presentan a continuación:

##### **Cuestionarios:**

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

**Cuestionario Sociodemográfico y laboral.-** Es un 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 esta investigación.

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

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

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

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

**Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).**- El GHQ28 (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 general 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 desvalía, pensamientos de muerte.

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

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.

- Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación. Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente 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 esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: hacer burlas y reírse de la situación estresante.

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

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



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

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

- Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, 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 a la 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.

#### **4.5 Recolección de datos**

##### **Fase1.**

**Solicitud de Información:** Previo a elaboración del trabajo de campo se realizó la respectiva solicitud al Director del Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Ibarra, en la entrevista se dialogó la finalidad de investigar la incidencia del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno.

## **Fase 2.**

**Participación:** La mayoría de profesionales entre médicos y enfermeras tenían la predisposición de colaborar con la investigación y con los restantes profesionales de salud se tomó en forma parcial.

## **Fase 3.**

**Entrega de Cuestionarios:** A los profesionales de salud se entregó los cuestionarios en sobres cerrados para la auto aplicación, cada encuestado lleno personalmente los respectivos cuestionarios , previamente se realizó una explicación a cada profesional sobre el correcto llenado de los cuestionarios; (cuestionario socio demográfico cuestionario MBI; cuestionario GHQ28; cuestionario de EPQR-A; cuestionario de BRIEF –COPE; cuestionario ap. Posteriormente se procedió a la revisión y análisis de resultados.

## 5 RESULTADOS OBTENIDOS CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

### MEDICOS SIN BURNOUT

Tabla #1

<b>PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Si	12	50
No	12	50
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico

La tabla #1 refleja que el 50% (12) de los médicos sin burnout atienden a pacientes con riesgo de muerte y el 50% (12) restante no atienden a pacientes con riesgo de muerte.

Tabla #2

<b>PACIENTES FALLECIDOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Si	10	43,4782609
No	13	56,5217391
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La tabla #2 de pacientes fallecidos nos dice que el 43% (10) de los médicos sin burnout encuestados han tenido pacientes que han fallecido en estos últimos meses y que el 57% (13) no los ha tenido.

Tabla #3

<b>RECURSOS NECESARIOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Totalmente	7	29,1666667
Medianamente	15	62,5
Poco	2	8,33333333
Nada	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La tabla #3 indica que el 63% (15) de los médicos sin burnout cuentan con los recursos necesarios medianamente, el 29% (7) totalmente y el 8% (2) poco.

Tabla #4

<b>PERMISOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Si	12	52,173913
No	11	47,826087
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La tabla de permisos refleja que el 48% (11) de los médicos sin burnout no ha solicitado permisos en este último año y el 52% (12) si ha solicitado permisos en este último año.

Tabla #5

<b>VALORACIÓN DIRECTIVOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	1	4,34782609
Poco	5	21,7391304
Bastante	8	34,7826087
Totalmente	9	39,1304348
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La tabla #5 refleja que el 39% (9) de los médicos se sienten totalmente valorados por los directivos de la institución, el 35% (8) se siente bastante valorado, el 22% (5) se siente poco valorado y que un 4% (1) no se sienten nada valorados por sus directivos.

Tabla #6

<b>APOYO DIRECTIVOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	2	8,33333333
Poco	7	29,1666667
Bastante	8	33,3333333
Totalmente	7	29,1666667
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

En la presente tabla indica que el 34% (8) de los médicos sin burnout están bastante satisfechos con el apoyo de los directivos de la Institución, el 29% (7) están totalmente satisfechos, el 29% (7) están poco satisfechos y apenas el 8% (2) no están para nada satisfechos.

Tabla #7

<b>SATISFACCIÓN EXPERIENCIA</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	0	0
Poco	4	16,6666667
Bastante	8	33,3333333
Totalmente	12	50
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La tabla #7 refleja que el 50% (12) de los médicos sin burnout, se siente totalmente satisfecho con su experiencia profesional en general, el 33%(8) bastante satisfecho y un 17% (4) está poco satisfecho.

Tabla #8

<b>ECONOMÍA</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	1	4,16666667
Poco	7	29,1666667
Bastante	10	41,6666667
Totalmente	6	25
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

En la tabla #8 se observa que el 42% (10) de los médicos sin burnout encuestados está bastante satisfecho con su economía en relación al 4% (1) que no está nada satisfecho.

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

### MÉDICOS CON BURNOUT

Tabla #9

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	2	100
No	0	0
TOTAL	2	100

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

En la muestra de la tabla #9 se puede ver que el 100% (2) de los médicos con burnout atienden a pacientes con alto riesgo de muerte

Tabla #10

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	2	100
No	0	0
TOTAL	2	100

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

En la tabla #10 se observa que los el 100% (2) de los médicos con burnout han tenido pacientes que han fallecido en los últimos meses.

Tabla #11

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	0	0
Medianamente	2	100
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	2	100

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

En la tabla #11 refleja que el 100%(2) de los médicos con burnout cuentan medianamente con los recursos necesarios que la Institución les provee.

Tabla #12

<b>PERMISOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Si	2	100
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La tabla # 12 de los permisos indica que el 100% (2) de los médicos con burnout ha solicitado permisos en este último año.

Tabla #13

<b>VALORACIÓN DIRECTIVOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	0	0
Poco	1	50
Bastante	1	50
Totalmente	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La tabla #13 indica que el 50%(1) de los médicos con burnout se sienten bastante valorados por los directivos de su Institución y el 50% (1) restante manifiesta sentirse poco valorado por los directivos de la Institución.



Tabla #14

<b>APOYO DIRECTIVOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	1	50
Poco	0	0
Bastante	1	50
Totalmente	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La presente tabla indica que el 50% (1) de los médicos con burnout se sienten bastante satisfechos con el apoyo de los directivos de la Institución y el otro 50%(1) se siente nada satisfecho con el apoyo que recibe de sus directivos.

Tabla #15

<b>SATISFACCIÓN EXPERIENCIA</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	0	0
Poco	1	50
Bastante	1	50
Totalmente	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

En la muestra de la tabla #15, se refleja que el 50%(1) de los médicos con burnout esta poco satisfecha con su experiencia profesional y que el otro 50%(1) esta bastante satisfecho.

Tabla #16

<b>ECONOMÍA</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	0	0
Poco	2	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

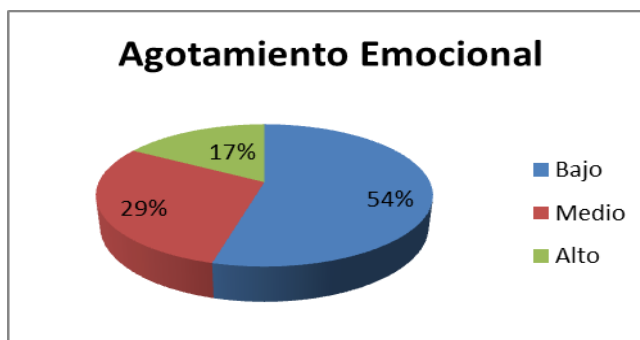
FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario Sociodemográfico.

La tabla #16 refleja que el 100% (2) de los médicos con burnout se sienten poco satisfechos con su economía.

## CUESTIONARIO DE MBI (Inventario de Burnout)

### MEDICOS SIN BURNOUT

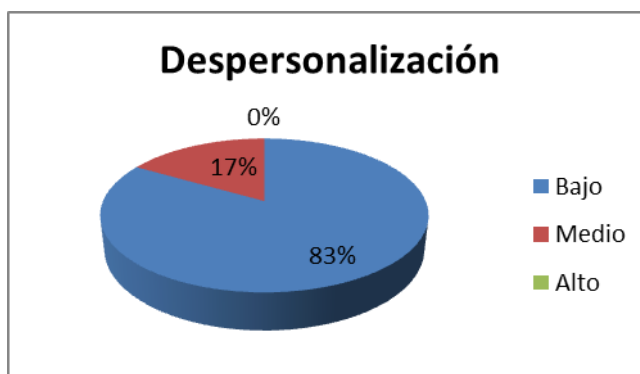
Gráfico#1



FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario MBI (Inventario de Burnout)

El gráfico #1 indica que el 54% de los médicos sin burnout tiene puntajes bajos en la escala de agotamiento emocional, 29% tiene puntajes medios y el 17% presentan puntajes altos.

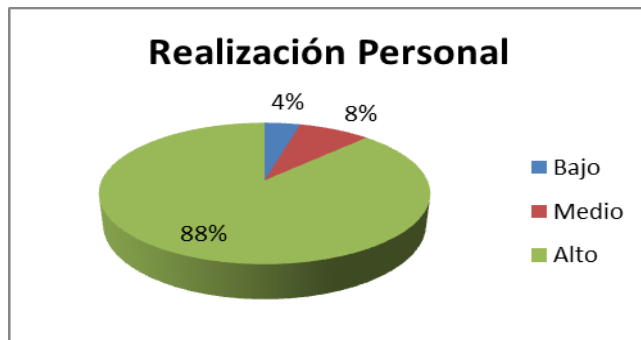
Gráfico #2



FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario MBI (Inventario de Burnout)

El gráfico #2 refleja que el 83% de los médicos sin burnout tiene puntajes bajos en la escala de despersonalización, el 17% tiene puntajes medios y el 0% presentan puntajes altos.

Gráfico#3



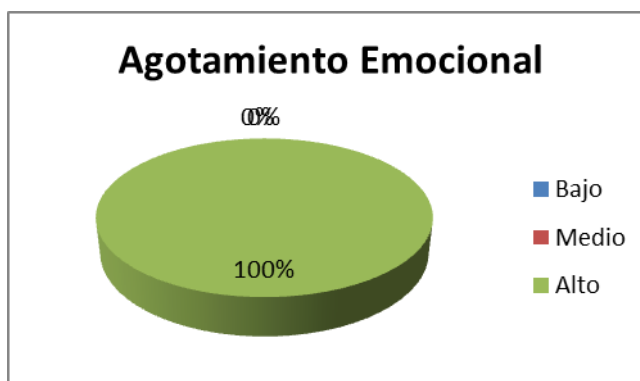
FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario MBI (Inventario de Burnout)

El gráfico #3 indica que el 88% de los médicos sin burnout tiene puntajes altos en la escala de realización personal, el 8% tiene puntajes medios y el 4% presentan puntajes bajos.

## CUESTIONARIO DE MBI (Inventario de Burnout)

### MÉDICOS CON BURNOUT

Gráfico# 4



FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario MBI (Inventario de Burnout)

El gráfico # 4 indica que el 100% (2) de los médicos con burnout tienen puntajes altos en la escala de agotamiento emocional.

Gráfico# 5



FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario MBI (Inventario de Burnout)

El gráfico # 5, muestra que el 100%(2) de los médicos con burnout tienen puntajes altos en la escala de despersonalización

Gráfico# 6



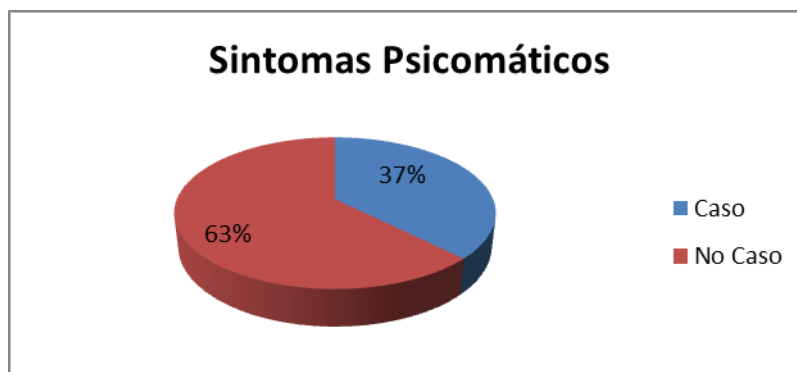
FUENTE: Resultados obtenidos del cuestionario MBI (Inventario de Burnout)

El gráfico # 6 indica que el 100%(2) de los médicos con burnout tienen puntajes altos en la escala de realización personal.

## CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

### MEDICOS SIN BUROUT

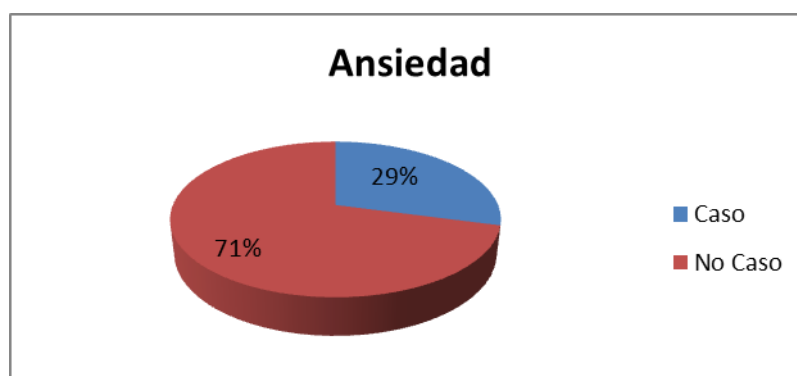
Gráfico# 7



FUENTE: Cuestionarios de salud general (GHQ-28)

El gráfico #7, indica que el 63% de los médicos sin burnout no presentan caso de síntomas psicómaticos y que el 37% si presentan caso de síntomas psicómaticos.

Gráfico# 8



FUENTE: Cuestionarios de salud general (GHQ-28)

El gráfico# 8 muestra, que el 71% de los medicos sin burnout no presentan casos de ansiedad y el 29% si presentan caso de ansiedad.

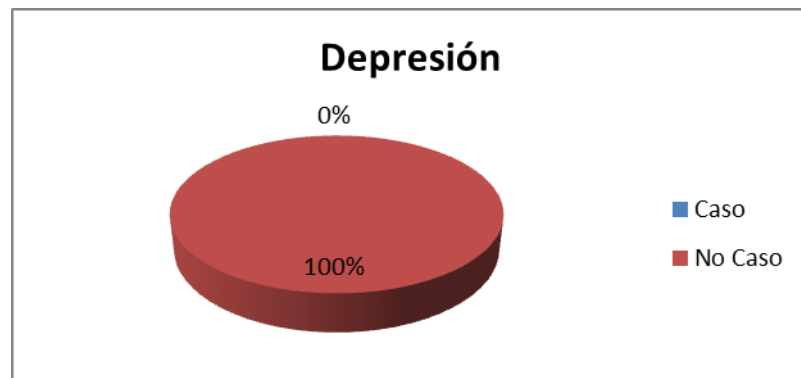
Gráfico# 9



FUENTE: Cuestionarios de salud general (GHQ-28)

En la gráfica de disfunción social se puede ver que el 96% de los médicos sin burnout no presentan caso de disfunción social y que el 4% si presentan caso de disfunción social.

Gráfico# 10



FUENTE: Cuestionarios de salud general (GHQ-28)

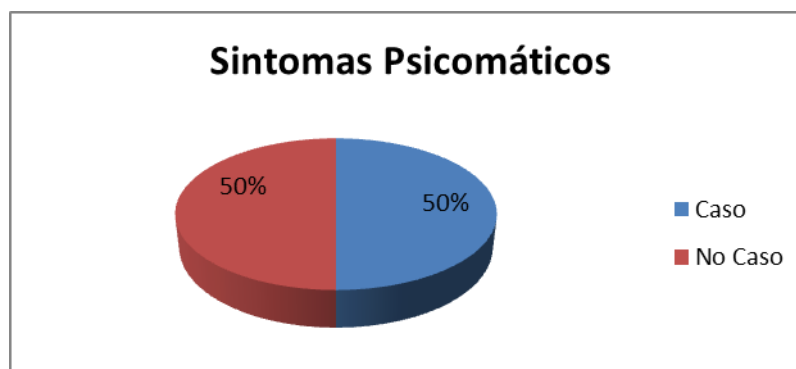
En el gráfico# 10 se observa, que el 100% (Fr 24) de los médicos sin burnout no presentan casos de depresión.



## CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

### MEDICOS CON BURNOUT

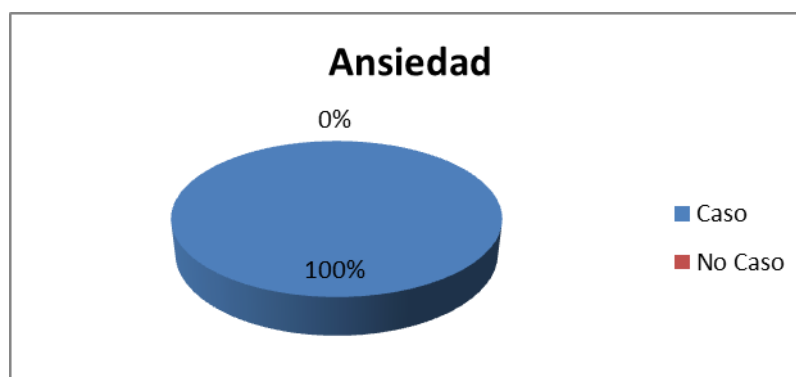
Gráfico# 11



FUENTE: Cuestionarios de salud general (GHQ-28)

En la gráfica# 11 se puede observar que el 50%( 1) de los médicos con burnout presentan caso de síntomas psicómaticos y el 50%(1) restante no presentan caso de dichos síntomas.

Gráfico# 12



FUENTE: Cuestionarios de salud general (GHQ-28)

En la gráfica# 12, podemos observar que el 100%(2) de los médicos con burnout presenta caso de ansiedad.

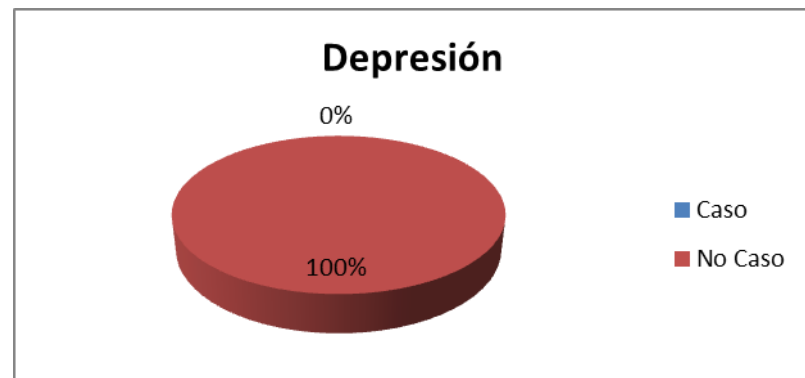
Gráfico# 13



FUENTE: Cuestionarios de salud general (GHQ-28)

En la gráfica# 13, se puede ver que el 100%(2) de los médicos con burnout no presenta caso de disfunción social.

Gráfico# 14



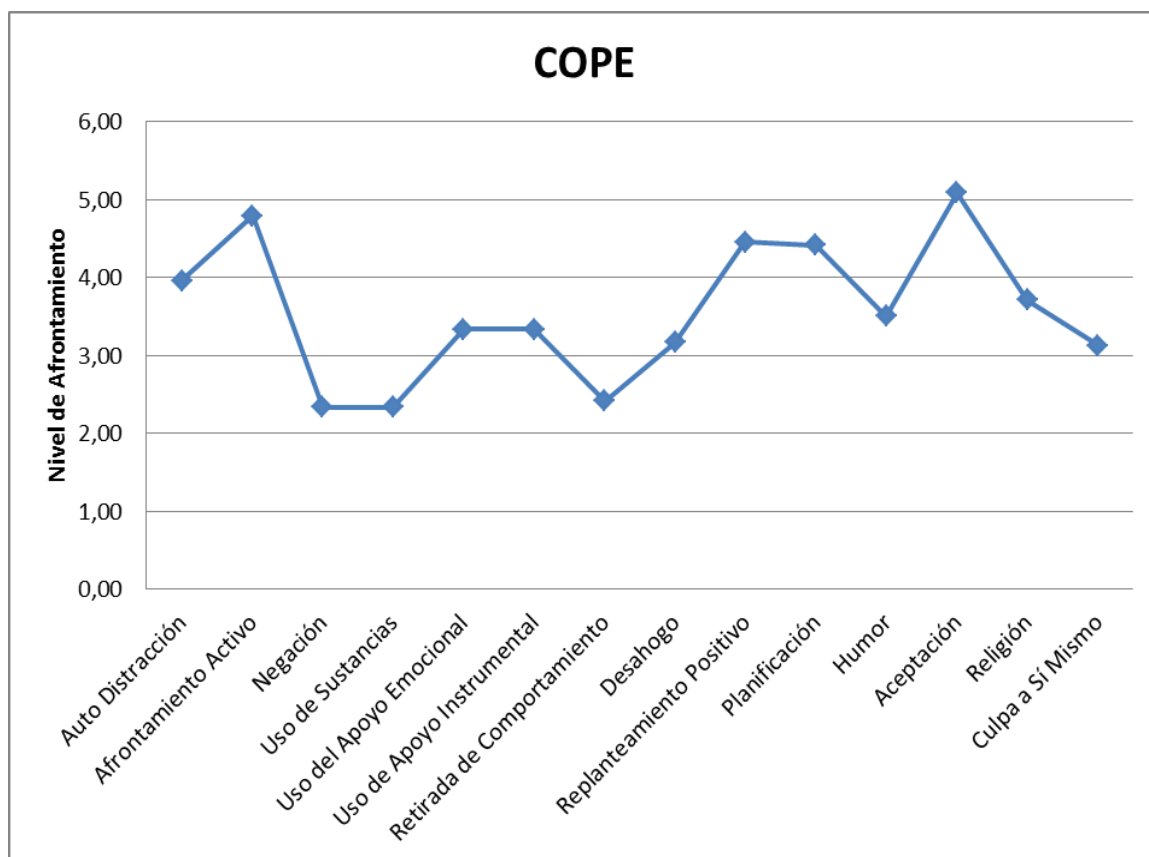
FUENTE: Cuestionarios de salud general (GHQ-28)

En la gráfica# 14, podemos observar que el 100% (2) de los médicos con burnout no presentan caso de depresión.

## CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

### MEDICOS SIN BURNOUT

Gráfico# 15



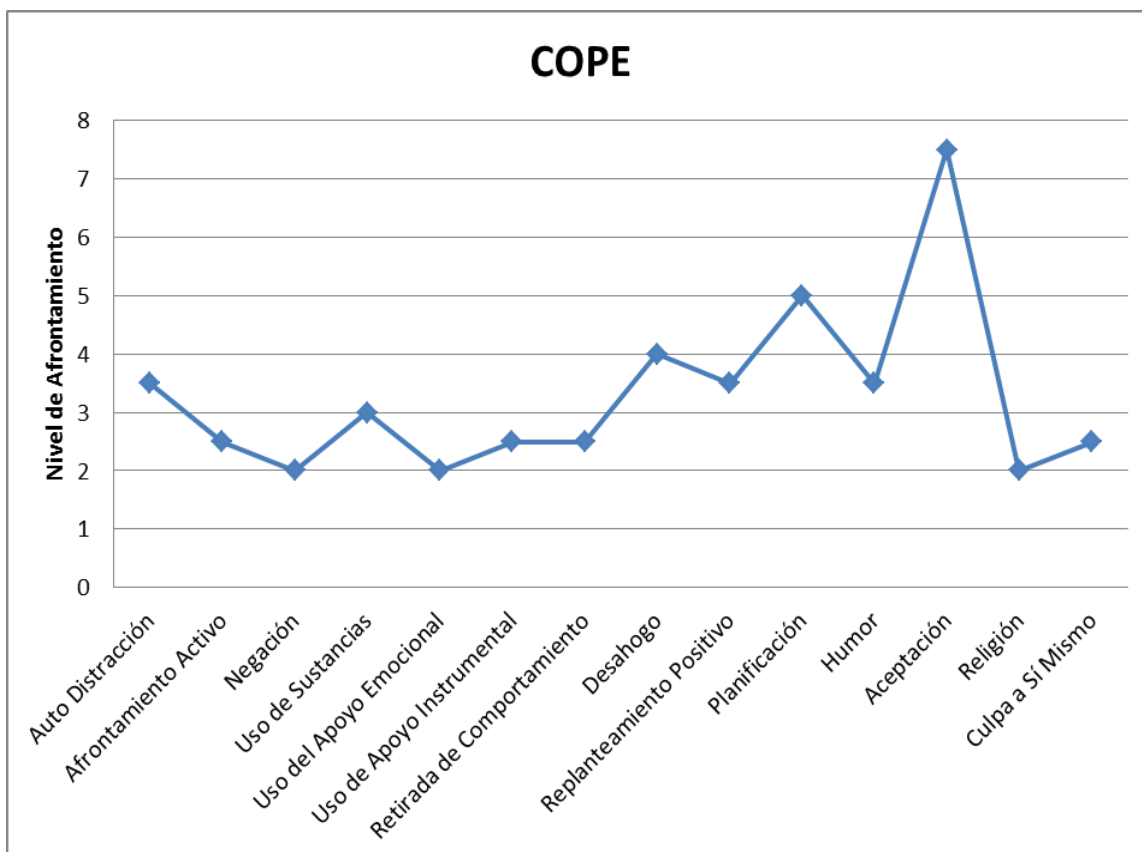
FUENTE: Cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE).

En el gráfico# 15, se observa que los médicos sin burnout tienen niveles altos en los métodos de afrontamiento activo, replanteamiento positivo y planificación, no es así en el caso de estrategias de negación, uso de sustancias y retirada de comportamiento en los cuales presentan niveles bajos, casi nulos.

## CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

### MEDICOS CON BURNOUT

Gráfico# 16



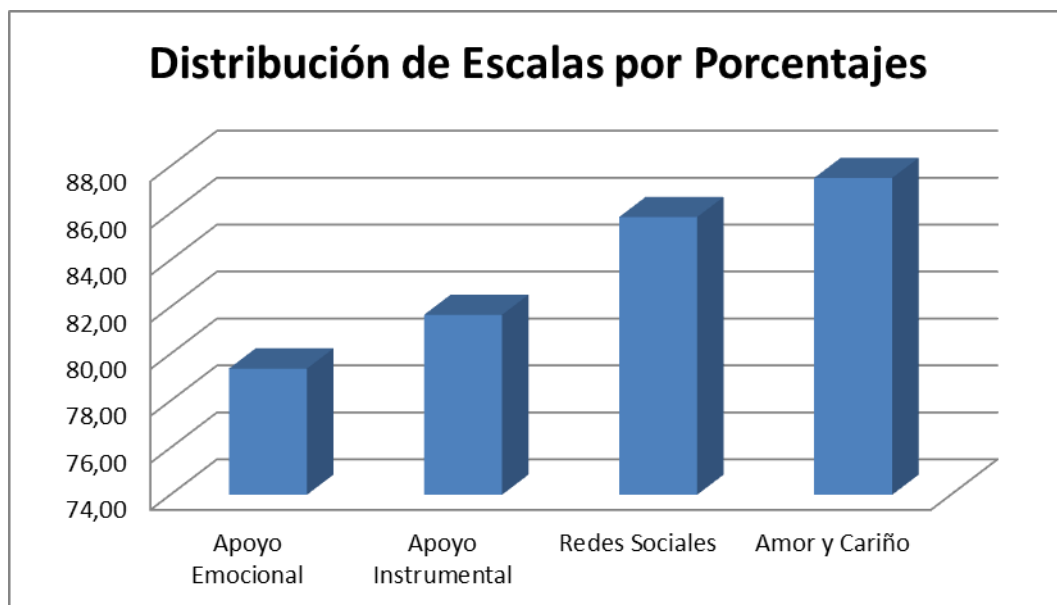
FUENTE: Cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE).

En el gráfico# 16, podemos observar que los médicos con burnout tienen niveles altos en las estrategias de aceptación y planificación, la población presenta niveles muy bajos de métodos de afrontamiento activo, apoyo emocional y religión.

## CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)

### MEDICOS SIN BURNOUT

Gráfico# 17



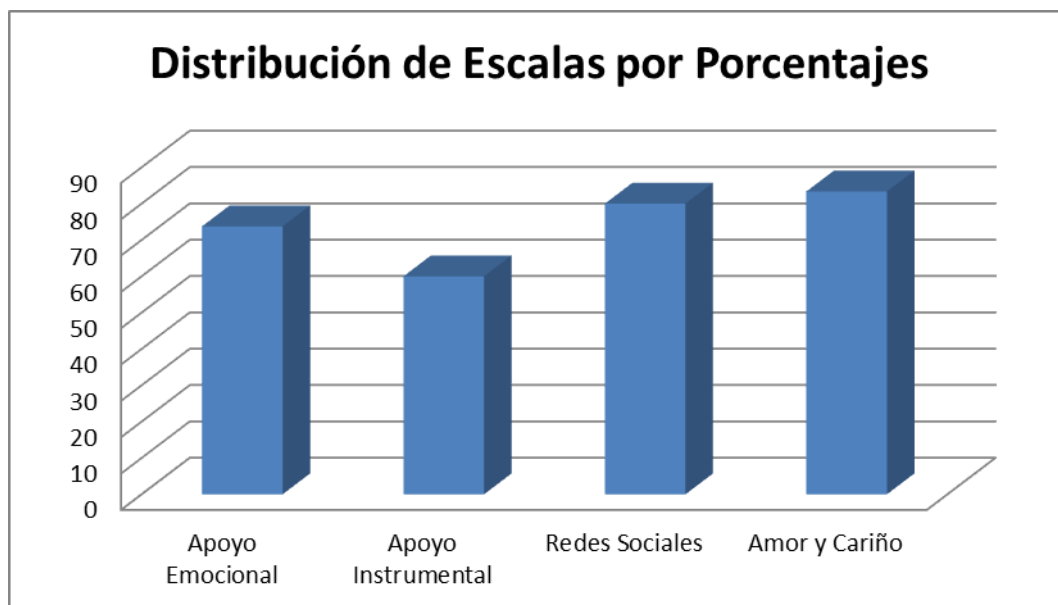
FUENTE: Cuestionario de Apoyo Social (AP)

En el gráfico # 17 podemos observar que los médicos sin burnout, utilizan los tipos de apoyo social de la siguiente manera: en un 88% en amor y cariño, 86% en redes sociales, el 81% en apoyo instrumental y el 79% en apoyo emocional.

## CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)

### MÉDICOS CON BURNOUT

Gráfico# 18



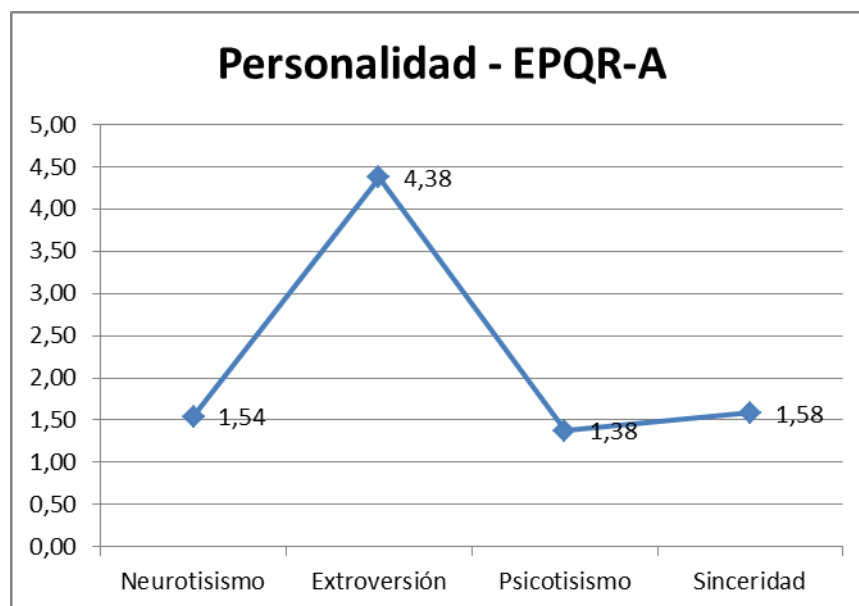
FUENTE: Cuestionario de Apoyo Social (AP)

En el gráfico# 18 podemos observar que los médicos con burnout, utilizan los tipos de apoyo social de la siguiente manera: en un 83% en amor y cariño, 80% en redes sociales, el 60% en apoyo instrumental y el 74% en apoyo emocional.

## CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

### MEDICOS SIN BURNOUT

Gráfico# 19



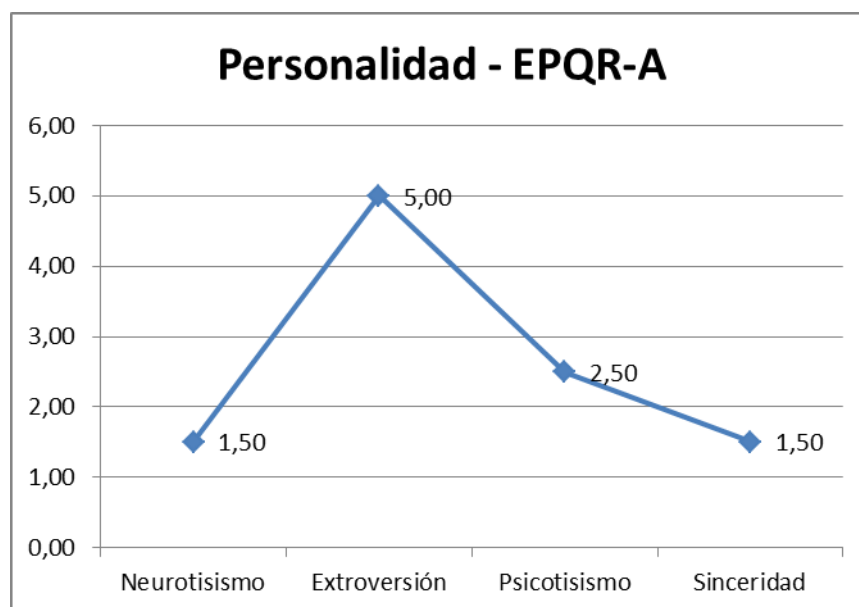
FUENTE: Resultados del cuestionario de Personalidad EPQR-A

El gráfico de resultados del cuestionario de Personalidad demuestra que los médicos sin burnout tienen puntajes altos en el rasgo de personalidad de extroversión y muestran puntajes bajos en los rasgos de sinceridad, neurotismo y psicotismo.

## CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

### MEDICOS CON BURNOUT

Gráfico# 20



FUENTE: Resultados del cuestionario de Personalidad EPQR-A

Los resultados del cuestionario de Personalidad reflejan que los médicos con burnout tienen, puntajes altos en el rasgo de extroversión y muestran puntajes bajos en sinceridad, neurotismo y psicotismo.

En relación con los rasgos de personalidad de médicos sin burnout, existe una diferencia mayor de 1.12 puntos en el rasgo de psicoticismo en los médicos con burnout.



**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO  
ENFERMERAS SIN BURNOUT**

Tabla #17

<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Soltero	12	38,7096774
Casado	14	45,1612903
Viudo	1	3,22580645
Divor/sepa	3	9,67741935
Unión libre	1	3,22580645
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

Los resultados muestran que las enfermeras sin burnout en un 45% (14) son casadas; no así en el rango de soltero en un 38% (12) y en el rango de divorcio y separación el 9% (3).

Tabla # 18

<b>TURNOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Vespertino	7	9,33333333
Matutino	11	14,6666667
Nocturno	13	17,3333333
Fin de Semana	19	25,3333333
Rotativo	25	33,3333333
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

En la tabla #18 se describe que las enfermeras sin burnout laboran en la Institución con los turnos rotativos predominando con un 33% (25), fin de semana con un 25% (19); nocturno 17% (13); matutino 14% (11) y como bajos puntajes en turnos vespertinos 9% (7).

Tabla #19

<b>TIPOS DE PACIENTES</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Oncológicos	5	5,37634409
Psiquiátricos	5	5,37634409
Renales	8	8,60215054
Quirurgicos	21	22,5806452
Cardiacos	8	8,60215054
Neurológicos	9	9,67741935
Diabeticos	6	6,4516129
Emergencias	9	9,67741935
Intensivos	13	13,9784946
Otros	9	9,67741935
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

Por otro lado con respecto al tipo de pacientes en su mayoría laboran en el servicio quirúrgico 22% (21); cuidados intensivos 13% (13); u otros 10% (9); emergencias 10% (Fr 9) renales 8% (8); cardiacos 8% (Fr 8), diabéticos 6% (6), oncológicos 5% (5); psiquiátricos 5% (5).

Tabla # 19

<b>PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Si	21	70
No	9	30
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

Los resultados obtenidos en el tabla #19 las enfermeras sin burnout atienden a pacientes con riesgo de muerte en un 70% (21) y un 30% (9) no. Ya que en el servicio de quirófano es de alto riesgo de muerte.

Tabla # 20

<b>PACIENTES FALLECIDOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Si	14	45,1612903
No	17	54,8387097
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

En el presente cuadro se aprecia que en un 55% (17) no es probable que fallezcan los pacientes; el 45 % (14) si es probable el fallecimiento por cirugías de alto riesgo, como es: cardiotorácico, neurocirugía, etc.

Tabla # 21

<b>CAUSAS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Capacitación	3	42,8571429
Prob. de Salud	4	57,1428571
Situa Famili	0	0
Otros	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

De acuerdo a los datos recolectados acordes a esta subescala se puede apreciar en el tabla 21 que en un 57% (4) han pedido permiso por problemas de salud, un 43% (3) por capacitación y situación familiar u otros el 0%.

Tabla # 22

<b>VALORACIÓN DIRECTIVOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	5	16,1290323
Poco	5	16,1290323
Bastante	12	38,7096774
Totalmente	9	29,0322581
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

En el tabla #22 podemos apreciar que el 39 % (12) y 29 % ( 9) como puntajes altos se sienten valorados por los directivos de la Institución; y no así con el 16% (5); y 16% (5) situación que se sientes satisfechos es decir a mayor satisfacción se presume que podría ser mejor su rendimiento y por ende menor será el grado de agotamiento.

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO ENFERMERA CON BURNOUT

Tabla # 23

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

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

Podemos observar que el estado civil predominante es en el rango de soltero con un puntaje de 66% (2); divorcio o separación 33% (1) por debajo de la media aritmética, para lo cual se puede describir que el rango de soltero puede ser una posible consecuencia del estar agotado.

Tabla # 24

<b>TURNOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Vespertino	1	25
Matutino	2	50
Nocturno	0	0
Fin de Sem	0	0
Rotativo	1	25
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

En el cuadro 24 podemos apreciar que el turno matutino esta prevaleciendo con un puntaje alto de la media con un 50% (2), mientras que el turno vespertino y matutino redondean el 25% (1) como puntuación baja.

Tabla # 25

<b>TIPOS DE PACIENTES</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Oncológicos	2	18,1818182
Psiquiátricos	1	9,09090909
Renales	1	9,09090909
Quirurgicos	1	9,09090909
Cardiacos	1	9,09090909
Neurológicos	1	9,09090909
Diabeticos	1	9,09090909
Emergencias	1	9,09090909
Intensivos	2	18,1818182
Otros	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

Se visualiza con respecto a estas variables que predomina el rango oncológico y cuidados intensivos con un alto puntaje de 18% (2) mientras que los servicios psiquiátricos, renales, quirúrgicos, cardiacos, neurológicos, diabéticos, emergencias y otros con una puntuación baja de la media equivalente a 9% (1). Y se deduce que es posible padecer del síndrome el trabajar con este tipo de pacientes de alto riesgo.

Tabla # 25

<b>PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Si	3	100
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

Podemos observar en este gráfico que el 100% (3) de la muestra de la población investigada atienden a pacientes con riesgo de muerte como puntuación alta. Tal vez una posible causa de padecer el síndrome.

Tabla #26

<b>PACIENTES FALLECIDOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Si	3	100
No	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

En el presente cuadro se aprecia que en un 100% (3) las enfermeras con burnout experimentan esta variable ya que trabajan con pacientes de alto riesgo, probablemente sea un antecedente para padecer del síndrome.

Tabla # 27

<b>CAUSAS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Capacitación	2	66,666667
Prob. de Salud	1	33,3333333
Situa Famili	0	0
Otros	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

De acuerdo a los datos recolectados acordes a esta subescala se puede apreciar en el tabla 27 que en un 33% (1) piden permisos por situaciones de salud la cual es muy preocupante en esta variable y un 67% (2) salen a capacitaciones.

Tabla # 28

<b>APOYO DIRECTIVOS</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Nada	1	33,3333333
Poco	1	33,3333333
Bastante	0	0
Totalmente	1	33,3333333
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

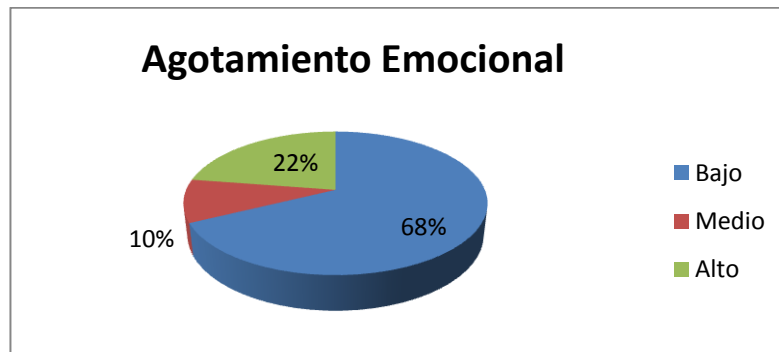
FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario socio demográfico

En el tabla 28 podemos observar que el 33% (1) de la muestra se sienten poco satisfechos con el apoyo de los directivos; un 33% (1) totalmente; y 33% (1) nada satisfecho. De acuerdo a estos resultados el apoyo económico, apoyo social insatisfecho podría ser la causa de los profesionales con problemas.



## CUESTIONARIO MBI ENFERMERA SIN BURNOUT

Gráfico# 20



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario MBI

En el gráfico 20 muestra que existe un alto puntaje 68% de enfermeras sin burnout que presentan un nivel bajo de agotamiento emocional, es decir que su trabajo no le produce gran preocupación, tensión, ni frustración, de esta manera los datos revelan que el 10% de enfermeras muestran un nivel medio de agotamiento emocional ya que muy de repente se sienten tensionadas debido a su trabajo y un porcentaje 22% de profesionales presentan una progresiva pérdida de energías relacionado a lo laboral.

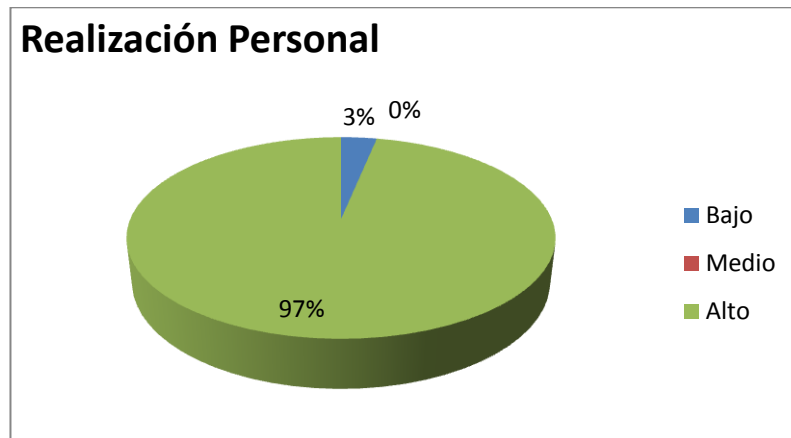
Gráfico#21



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario MBI

De acuerdo a los datos recolectados podemos apreciar que las enfermeras presentan un puntaje alto 94% y tienen un nivel bajo de despersonalización que demuestran actitudes positivas hacia los demás y su trabajo les resulta muy motivador, lo que no sucede con el nivel medio 6% y alto 0% que muestran un cambio negativo a las actitudes presentando baja motivación.

Gráfico# 22

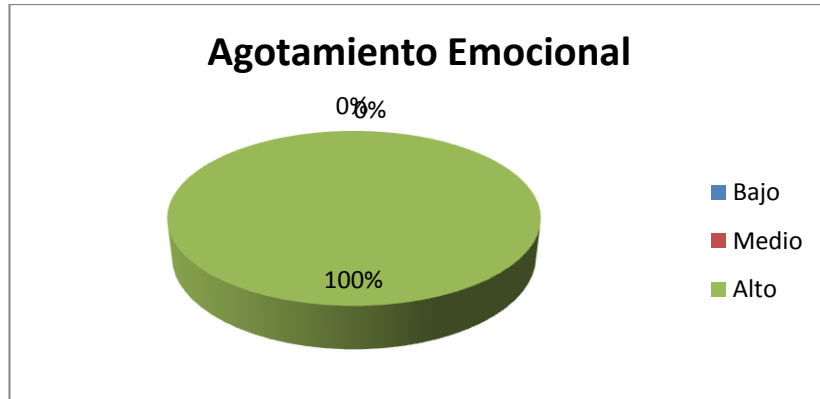


FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario MBI

Se visualiza en el gráfico 22 que las enfermeras sin burnout en esta variable presentan un total de 97% un alto nivel de realización personal, se sienten muy satisfechos con el trabajo que realizan, y no así con el 3% en el rango bajo.

## CUESTIONARIO MBI ENFERMERAS CON BURNOUT

Gráfico# 23



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario MBI

En el gráfico 23 muestra que existe un alto porcentaje 100% (3) de enfermeras con burnout que presentan un nivel alto agotamiento emocional, su trabajo le produce preocupaciones, tensión frustración,

Gráfico #24



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario MBI

De acuerdo a los datos recolectados se puede apreciar que el gráfico 24, en general (3) las enfermeras con burnout tienen un nivel alto de despersonalización no demuestran actitudes positivas hacia los demás y su trabajo les resulta sin ninguna motivación.

Gráfico# 25

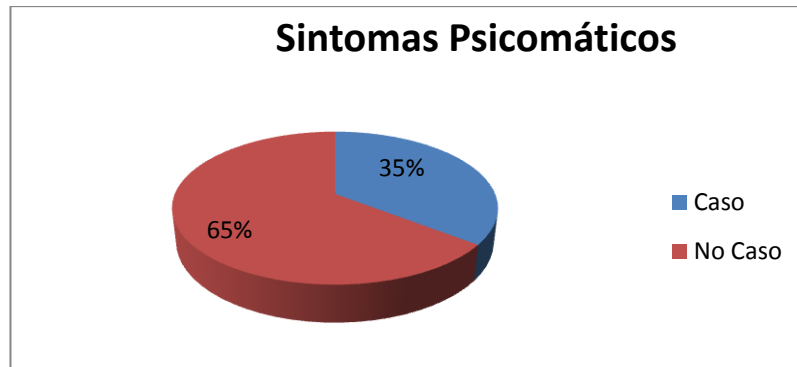


FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario MBI

Se visualiza en el gráfico 25 que las enfermeras con burnout en esta variable presentan un total de 100% (3) un alto nivel de realización personal

## CUESTIONARIO (GHQ-28) ENFERMERAS SIN BURNOUT

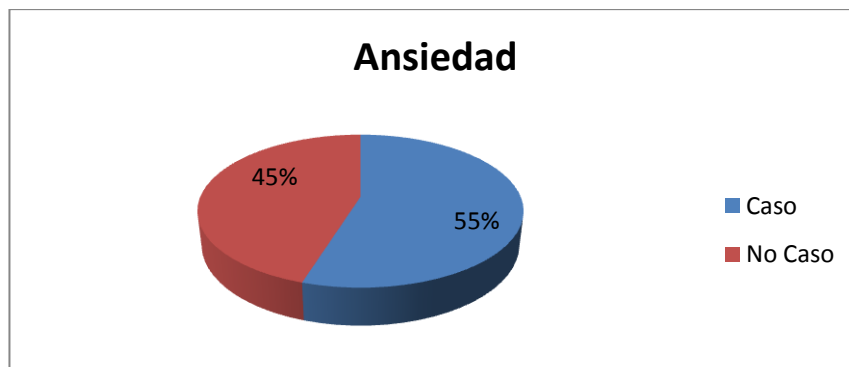
Gráfico# 26



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario GHQ-28

Dentro de los resultados obtenidos se puede observar en el gráfico que existe un alto porcentaje de enfermeras 67% no poseen este síntoma, es decir las 31 enfermeras sin burnout no presentan síntomas psicómaticos, a pesar de que la proporción de enfermeras que presenta este síntoma es menor 35% no debe dejarse de lado ya que muestra que es considerable el número de enfermeras que tienen este síntoma.

Gráfico# 27



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario GHQ-28

En el gráfico 27 podemos apreciar que en un 55% las enfermeras presentan caso de ansiedad y el 45% no caso.

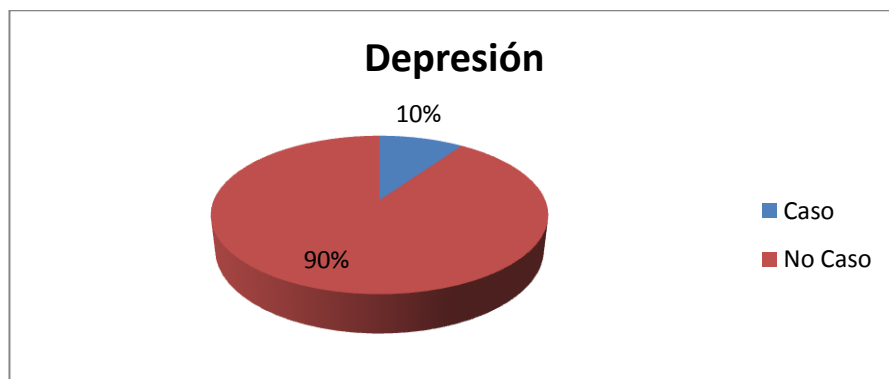
Gráfico# 28



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario GHQ-28

En el siguiente grafico se observa de manera general de enfermeras sin burnout que su desempeño social en la vida diaria es bueno debido a que el 100% (31) no representa síntomas de disfunción social.

Gráfico# 29

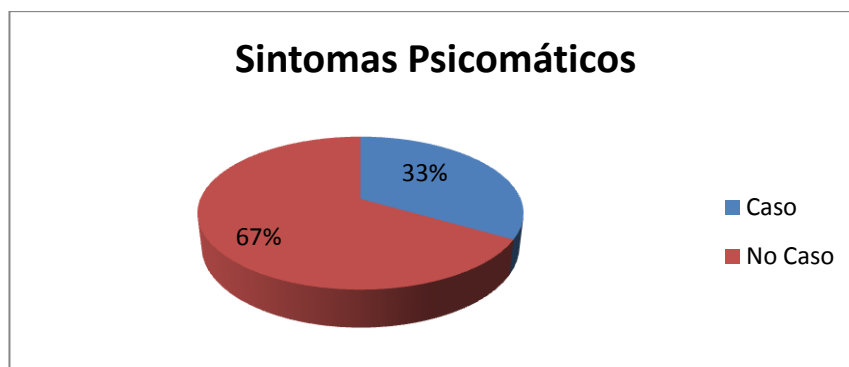


FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario GHQ-28

Al analizar el grafico podemos apreciar que se encontró un mínimo porcentaje 10% presenta síntomas como: insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad, y 90% de los encuestados no hay indicios de que muestren posibles depresiones, dicha información corresponde a las enfermeras sin burnout.

## CUESTIONARIO (GHQ-28) ENFERMERAS CON BURNOUT

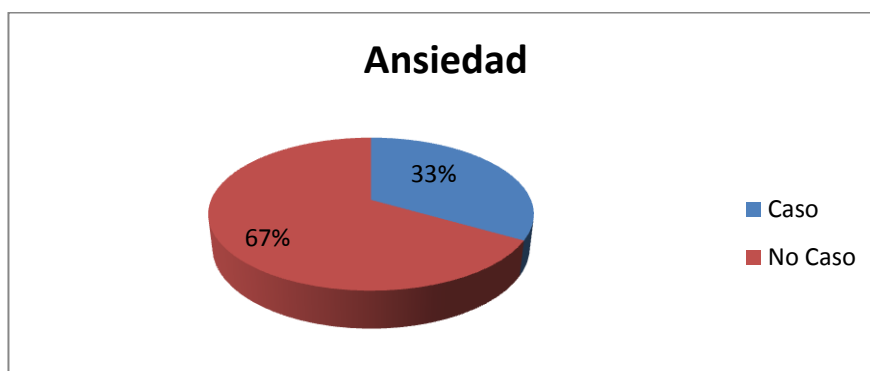
Gráfico# 30



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario GHQ-28

De acuerdo al gráfico 30 los resultados obtenidos se pueden observar que existe un alto porcentaje 67% no poseen este síntoma, y un 33% presentan síntomas en menor magnitud y se debe considerar ya que esta muestra es considerable el número de enfermeras que tienen este síntoma.

Gráfico# 31



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario GHQ-28

Mediante investigaciones se puede apreciar el gráfico 31 que en un 33 % presentan síntomas que es el nivel muy bajo en este rango, mientras que el 67 % no presentan síntomas de ansiedad.

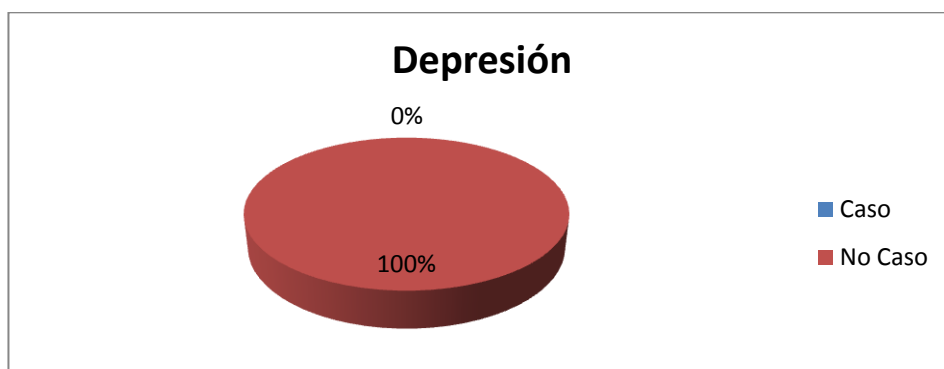
Gráfico# 32



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario GHQ-28

Podemos observar en el gráfico en su totalidad de enfermeras con burnout que su desempeño social en la vida diaria es bueno debido a que el 100% (31) no representa síntomas de disfunción social.

Gráfico# 33



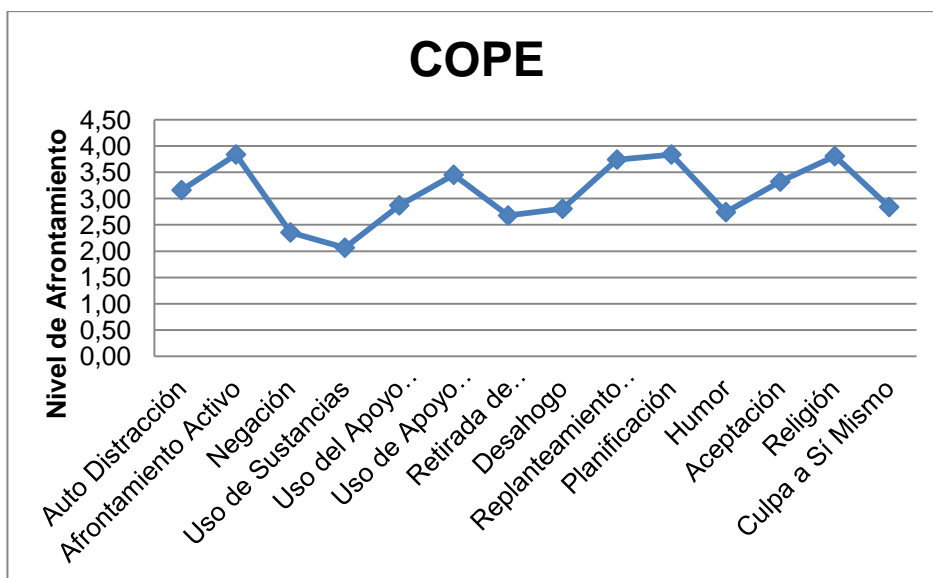
FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario GHQ-28

En el gráfico 33 se encontró que el 100% (31) de la muestra no presenta síntomas de insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad dicha información corresponde a las enfermeras con burnout.



**CUESTIONARIO (BRIEF – COPE)  
ENFERMERAS SIN BURNOUT**

Gráfico# 34

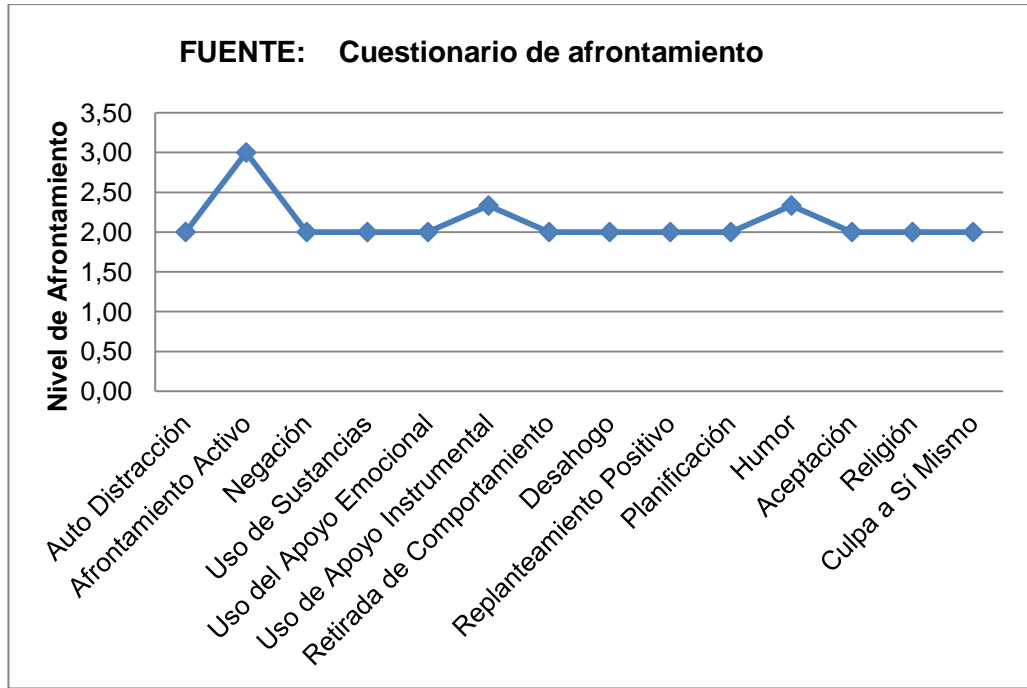


FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario BRIEF-COPE

Respecto a los modos de afrontamiento que en su mayoría utilizan las enfermeras sin burnout manifestaron diferentes afrontamientos como: en un 9% afrontamiento activo; replanteamiento positivo ; planificación; y religión; el 8% aceptación; uso de apoyo instrumental; el 7% Auto Distracción; Uso del apoyo emocional; y culpa así mismo; 6% retirada de comportamiento ; desahogo ; humor; el 5% negación; uso de sustancias. Numero de encuestados 31.

**CUESTIONARIO (BRIEF – COPE)  
ENFERMERAS CON BURNOUT**

Gráfico# 35

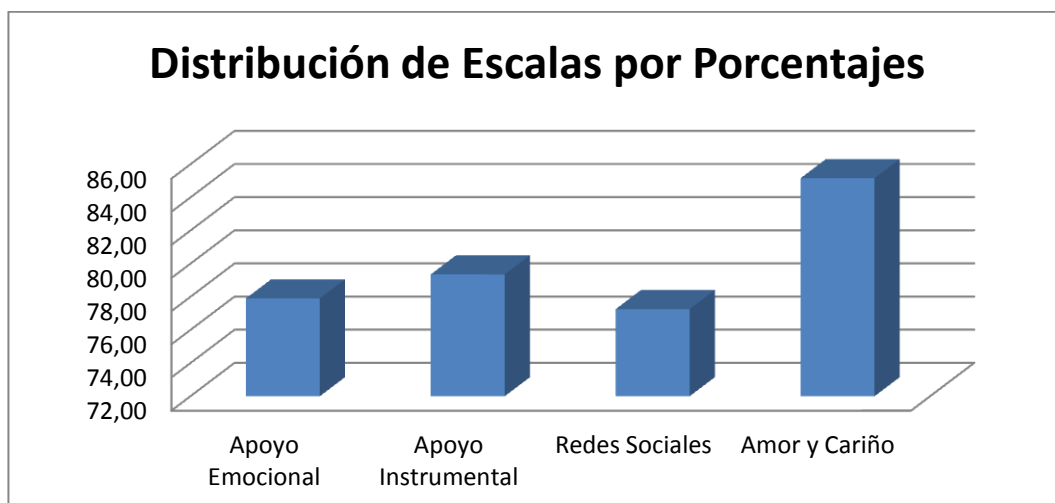


FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario BRIEF-COPE

De acuerdo a este grafico las enfermeras con burnout manifiestan los diferentes afrontamientos con los siguientes puntajes: 10% afrontamiento activo; el 7% auto distracción; negación, uso de sustancias; uso de apoyo emocional retirada de comportamiento desahogo replanteamiento positivo; planificación; aceptación; religión; culpa así mismo; el 8% uso de apoyo instrumental; y humor.

## CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS) ENFERMERAS SIN BURNOUT

Gráfico# 36

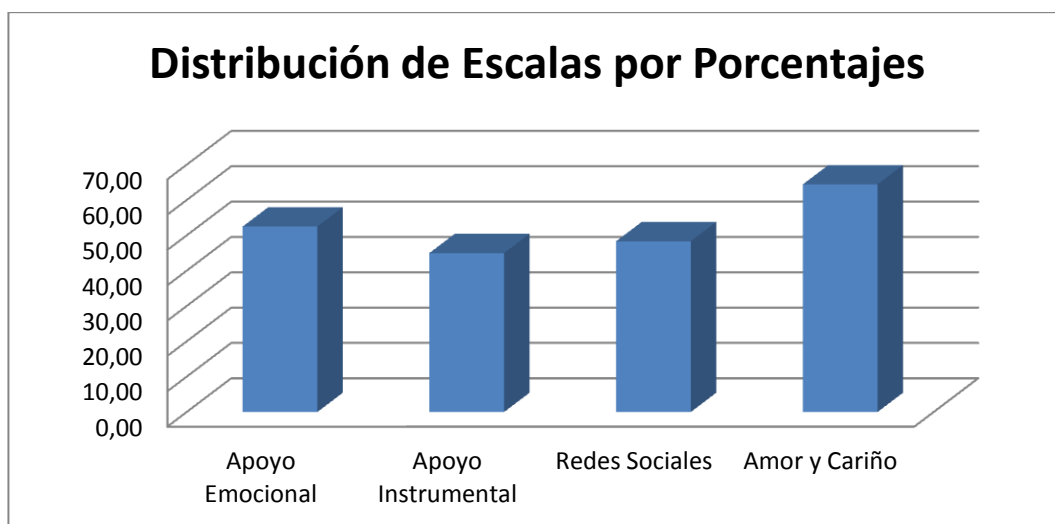


**FUENTE:** Resultados obtenidos a través del cuestionario AP

En general la población de enfermeras sin burnout manifestaron la escala más alta en amor y cariño con 86; no así, en redes sociales valor 76; apoyo emocional valor 78; y apoyo instrumental valor 79.

## CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS) ENFERMERAS CON BURNOUT

Gráfico# 37

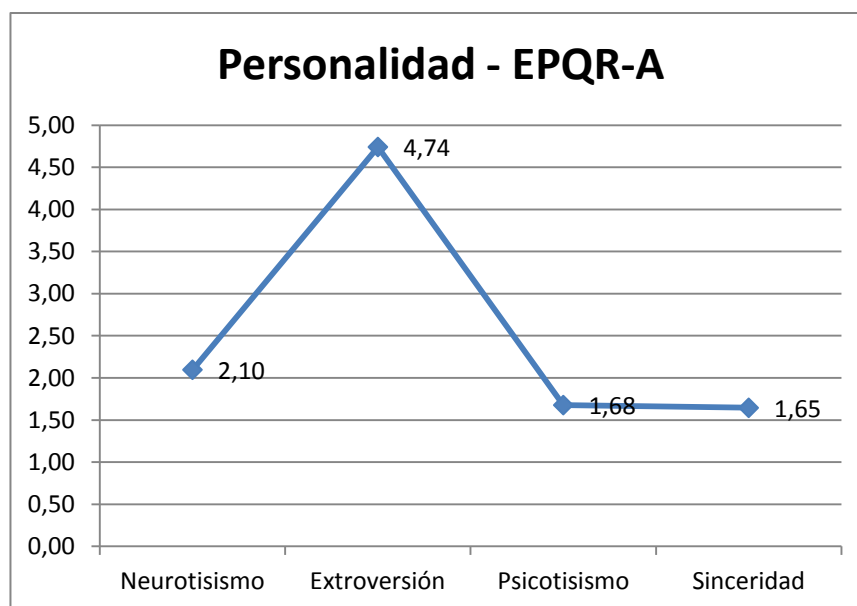


FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario AP

En este gráfico se aprecia a las enfermeras con burnout con las siguientes escalas bajas en relación a la escala amor y cariño : apoyo instrumental valor 45 ; red social valor 48; y no así en, apoyo emocional valor 53; amor y cariño valor 64.

**CUESTIONARIO (EPQR-A)  
ENFERMERAS SIN BURNOUT**

Gráfico# 38

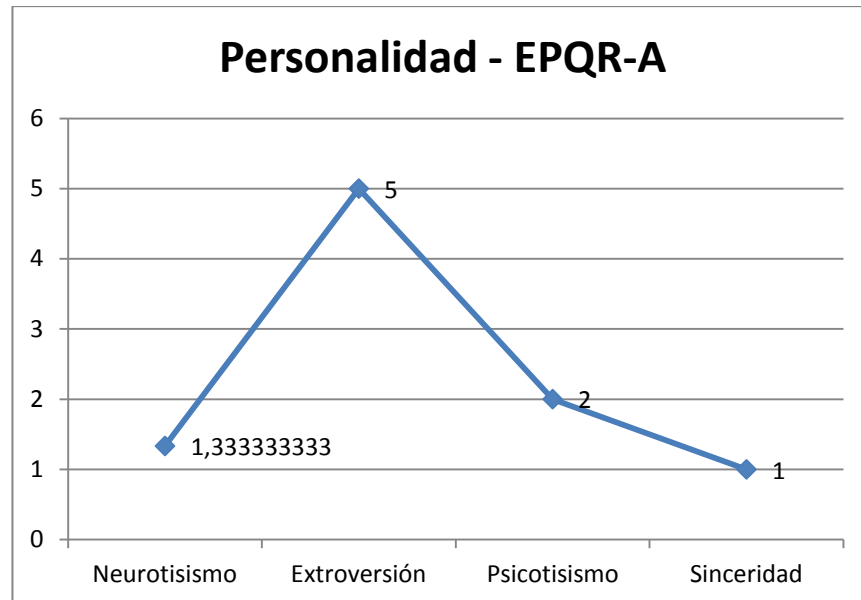


FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario EPQR-A

Dentro de los rasgos de personalidad según los resultados obtenidos se puede observar que la extroversión valor 5 puntaje alto; como bajas neurotismo 2; y de manera equivalente psicotismo; sinceridad 2. El de menor predominancia, quiere decir que las enfermeras sin burnout con el tipo de personalidad de alto puntaje son personas sociables.

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)  
ENFERMERAS CON BURNOUT**

Gráfico# 39



FUENTE: Resultados obtenidos a través del cuestionario EPQR-A

En la población de enfermeras con burnout manifiestan la personalidad con la siguiente puntuación: extroversión valor 5 de manera relativa con las enfermeras sin burnout; psicotimismo con valor 2; neurotismo , y sinceridad valor 1.

## 6 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación constituyó un importante camino para conocer los niveles de burnout en el personal de salud y efectuar estrategias para afrontar el desgaste laboral. En el cual se encontró porcentajes representativos de este fenómeno en un 8.4% equivalente a 2 médicos y 3 enfermeras, es sumamente trascendental tomar en consideración que este fenómeno va embistiendo de poco a poco hasta alcanzar porcentajes considerables, forjando graves consecuencias para el personal de salud y la organización, sin embargo estos resultados nos dan a conocer la presencia del síndrome y tomar acciones de prevención a corto; mediano y largo plazo.

La presente discusión de resultados se efectúa de la siguiente manera: En cuanto al perfil sociodemográfico el total de los médicos sin burnout (24 médicos) demostró tener una edad promedio de 37 años, es decir se encuentran en una etapa adulto joven, a diferencia de los médicos con burnout, la edad promedio era de 43 años lo que coincide con un estudio propuesto por Muñoz (2001), quien señala que los individuos de 40 años a 45 años tienen mayores niveles de burnout, otro estudio es el de Atance (1997) el cual dice que el burnout se produce en torno a los 45 años.

En lo que se refiere a los aspectos laborales encontramos que los médicos sin el síndrome llevan trabajando un promedio de 11 años y el 75% de ellos, trabaja en un sector público lo cual es de esperarse ya que el IESS es un Hospital del gobierno; a su vez se observó que los médicos con burnout trabajan en sector público y privado en el cual llevan trabajando un promedio de 18 años, sin embargo, Atance en 1997 por medio de un estudio demostró que la cantidad de años en la cual los profesionales han trabajado también está relacionado al síndrome, dice que hay mayores niveles de burnout en personas que tienen una antigüedad laboral de 5 años en adelante.

Se pudo observar también en los resultados del cuestionario sociodemográfico que el 100% (2 médicos) de los médicos con el síndrome, atienden a pacientes con riesgo de muerte y han tenido pacientes que han fallecido en estos últimos meses, a diferencia de los médicos sin burnout quienes el 50% de ellos o más manifestó no tener estas variables. Se podría deducir que estas variables son determinantes al padecimiento del burnout ya que el profesional de la salud experimenta un estrés continuo al tratar con este tipo de pacientes. Lo que afirma un estudio realizado por Castañeda y García (2010), quienes dicen que el síndrome de burnout está relacionado con la forma en que el personal de salud afronta las situaciones estresantes.

Un factor identificado en los médicos con burnout, fue la variable de satisfacción económica, en la cual el 100% de ellos se sienten poco satisfechos y no equipara con el nivel de responsabilidad, jornada laboral y tiempo dedicado a los pacientes, sin embargo, un estudio realizado por Pérez (2012) dice que el burnout no se da como consecuencia de un salario insuficiente, o de incompetencia por falta de conocimientos, o debido a las dificultades físicas, ni es consecuencia de cualquier trastorno mental existente.

Otra variable es el ambiente laboral ya que el 50% de los médicos que padecen del síndrome manifiestan no sentirse valorados ni apoyados por sus directivos, lo que concuerda en un estudio que según, Sarros y Friesen (1987) manifiestan que cuando los flujos comunicativos se deterioran, en el ambiente social del individuo, la aparición de burnout aumenta. Es decir que el ambiente en que las personas se desenvuelven y la comunicación que sostiene con sus compañeros y directivos de trabajo son determinantes del síndrome.

El 100% de los médicos con burnout manifestó que la institución en la que laboran les provee medianamente de los equipos necesarios lo cual, según Ayuso y López (1993) manifiesta que la inadecuación laboral es una variable que sirve como uno de los alicientes para desencadenar este síndrome.

Los hallazgos de este estudio a través del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), demostraron que el 8,4% (5 profesional de la salud) de la población investigada tienen el síndrome de burnout, lo cual es un porcentaje alto en relación a una investigación realizada aquí en el Ecuador dentro del mismo ámbito en donde encontraron el 3,33% de los casos (Hernández, 2012).

En el cuestionario MBI el 100% de los médicos que padecen de burnout obtuvieron puntajes altos en las tres escalas, las cuales son: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; esto concuerda con la comunidad científica quien acepta conceptualmente el planteamiento empírico de la tridimensionalidad del síndrome (Maslach y Jackson 1981), que se sintomatiza en cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal. En este caso los médicos cumplen con dos dimensiones, el agotamiento emocional y la despersonalización.

En cuanto al cuestionario de Salud General (GHQ-28) los resultados manifiestan que el 50% de los médicos con burnout tienen síntomas psicósomáticos, en relación al



37% de la población sin burnout quien manifiesta tener estos síntomas. Una persona que presenta síntomas psicossomáticos puede tener dolores de cabeza, cansancio, escalofríos y pueden ser causados por varios factores como estrés, depresión entre otros.

En la variable de ansiedad el 100% de la muestra con burnout, presento caso a comparación del 4% de los médicos sin burnout. A diferencia de un estudio realizado por Hernández, García y García (2010), quienes manifiestan que el síndrome de burnout se asocia con bajos niveles de ansiedad.

Los datos del cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE) nos reflejan que los médicos con burnout tienen niveles bajos en afrontamiento activo, a diferencia de los médicos que no tienen burnout, quienes presentan niveles altos de afrontamiento activo. Según Anderson (2000), parece también existir un amplio acuerdo respecto al papel modulador de las estrategias de afrontamiento en la etiología del burnout.

El cuestionario de apoyo social indica que los médicos con burnout reciben porcentajes menores en los cuatro tipos de apoyo estudiados en relación a los médicos con burnout, lo que concuerda con un estudio realizado por Gil-Monte (1997) y Peiró (2000) el cual demuestra que la falta de apoyo social por parte de los compañeros de trabajo, supervisores, dirección o administración de la organización son características que pueden influir en la aparición del síndrome.

Toda la población de médicos con burnout encuestada resultó tener una personalidad extrovertida, esto afirma la investigación realizada por Roth y Pinto (2010), en la cual encontraron relaciones positivas entre el agotamiento emocional con la extraversión y el neuroticismo. Esto indica que existe mayor probabilidad a que las personas con rasgos extravertidos desarrollen agotamiento emocional en el trabajo.

De acuerdo a los resultados obtenidos del cuestionario MBI, se halló la presencia del síndrome de burnout en el 9% de la muestra de enfermeras, quienes presentaron puntuaciones altas en las tres escalas, las cuales son: agotamiento personal (presenta una progresiva pérdida de las energías vitales, desproporción creciente entre el trabajo realizado y cansancio experimentado, se encuentra irritable, se queja constantemente por la cantidad de trabajo realizado, pierde la capacidad de disfrutar de las tareas); despersonalización (presenta distanciamiento, muestra un cambio negativo en las actitudes presenta respuestas hacia los demás con irritabilidad,

pérdida de motivación hacia el trabajo) como una puntuación negativa y realización personal (Se siente muy satisfecho sobre el trabajo realizado, además siente ganas de realizarlo cada vez mejor con mucha vitalidad) como positivo. Por tanto se puede decir que nuestra investigación reafirma los estudios de Maslach y Jackson (1981), quienes manifiestan que el burnout se sintomatiza en cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal. En este caso las enfermeras cumplen con dos dimensiones, el agotamiento emocional y la despersonalización.

En cuanto al índice del cuestionario sociodemográfico en la subescala de estado civil el 66% de la población con el síndrome es soltero y el 33% es divorciado o separado. De acuerdo a esta hipótesis existen dos investigación realizada por Guerrero (1998), la cual demuestra que los solteros están más cansados emocionalmente, lo cual les predispone a padecer el síndrome; la segunda investigación es de Peiró (1992) quien manifiesta que los profesionales que tienen centros de interés social como la pareja, están menos afectados por el burnout.

De acuerdo al cuestionario sociodemográfico las enfermeras con burnout asisten a un alto porcentaje de pacientes oncológicos y cuidados intensivos, a diferencia de las enfermeras sin el síndrome, que presentan bajo porcentaje de pacientes en las mismas escalas. Este enunciado se sustenta en una investigación realizada por Jaramillo; Ruiz y Pardo (2009), quienes mediante un estudio en enfermeras que laboran en cuidados intensivos tenían altos niveles de burnout

La población con burnout (34%) manifiesta que no recibe ningún tipo de apoyo ni valoración por parte de los directivos de la Institución; este resultado nos dice que estas variables están relacionadas a contraer el síndrome, lo cual se reafirma con la investigación de Abee (2000), quien dice que el burnout se manifiesta cuando el trabajador no es reconocido ni valorado por sus logros alcanzados.

Los resultados del cuestionario de afrontamiento reflejan que las enfermaras con burnout no presentan ningún tipo de afrontamiento, es probable que al no usar las estrategias de apoyo estén predispuestas a padecer el síndrome. Ya que Gallagher y Herbert (2004), relacionan variables ambientales y estrategias de afrontamiento positivas con bajos niveles de burnout.

Otro aspecto importante en esta investigación es la identificación de rasgos de personalidad en los profesionales de la salud con burnout (enfermeras), las cuales presentaron porcentajes altos en el rasgo de extroversión; se podría decir que la extroversión está relacionada con el síndrome, por cuanto lo dicho se afirma por la investigación de Roth y Pinto (2010), en la cual encontraron relaciones positivas entre la sintomatología del burnout (agotamiento emocional), con la extroversión y el neuroticismo.

## 7 CONCLUSIONES

- Los resultados nos dicen que el 8.4% de la población estudiada presentan el síndrome de burnout.
- En lo que se refiere a la población sin burnout se encontró que el 17% de los médicos están en los límites de tener burnout ya que tienen puntajes altos en la escala de agotamiento emocional y puntajes medios en la escala de despersonalización.
- También se puede concluir que los profesionales de la salud con el síndrome presentan una mala relación con sus directivos y una falta de apoyo por parte de ellos; lo que nos dice que estas variables están relacionadas con el burnout.
- Por medio de los datos obtenidos de esta investigación se pudo concluir que las mujeres tienen mayor riesgo de tener el síndrome de burnout.
- Esta investigación demostró que los profesionales de la salud con burnout, son más frecuentes a tener puntajes negativos en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización a diferencia de la realización personal que obtuvieron puntajes positivos.
- La edad también es una variable que influye en el síndrome, de manera que a medida que aumenta la edad, mayor es el nivel de burnout en los trabajadores de a salud.
- También pudimos concluir que las personas que tienen el síndrome de estar quemado por el trabajo presentan un alto índice de ausentismo laboral.
- Los resultados también reflejan que el 60% de la población con burnout no utilizan ningún tipo de estrategia de afrontamiento.
- De acuerdo a nuestra investigación, la subescala de ansiedad y rasgo de psicoticismo están relacionados con este síndrome.

## 8 RECOMENDACIONES

- La investigación nos lleva a considerar la necesidad de que el Hospital del IESS establezca medidas preventivas o de intervención en los ámbitos organizacional, social u individual, con el fin de reducir la prevalencia del síndrome.
- En cuanto al personal de enfermería debe existir una buena coordinación con la Jefatura de enfermería para que exista una rotación cada dos o tres años en las diferentes áreas existentes en esta Institución, de esta forma se puede evitar la permanencia de muchos años del personal en un mismo servicio, tomando en cuenta que muchas de estas áreas son críticas (terapia intensiva, oncología, emergencias, quirófano, recuperación) ya que el personal puede sentirse cansado, agotado y estresado.
- Se recomienda que el departamento de talento humano del Hospital IESS realice un seguimiento y un tratamiento preventivo especial para el 7% de la muestra la cual está próxima a padecer el burnout.
- La implementación de equipamiento en el centro de salud es necesaria ya que la mayoría de los médicos y enfermeras consideran que la institución les provee medianamente de los instrumentos de trabajo necesarios.
- Se recomienda a todos los profesionales de salud que laboran en la Institución realizar estrategias de afrontamiento o diversas actividades de distracción que le permitan eliminar o reducir la fuente de estrés, con la finalidad de mantener una adecuada salud mental y psicológica tanto en el hogar y laboral.
- Ampliar la muestra de investigación ya que existe burnout en el 8,3% de la población estudiada, sin embargo el resto de trabajadores no se han tomado en cuenta y podrían estar predispuesta a contraer el síndrome.

## 9 BIBLIOGRAFÍA

### Textos

Freud, S. (1959). Group psychology and the analysis of the ego. Londres: Hogarth. En Feldman, R. (2002). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. (4ta. Ed.). Editorial Ultra, S.A. 387-390

Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote J.C. (2011). El desgaste profesional del Médico. Ediciones Díaz de Santos, S.A., 8, 5-17. Madrid.

Garcés de los Fayos, E. (2000). Tesis sobre el Burnout. Tesis para optar al grado de Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse en el trabajo. Anales de Psicología. 1999; 15:261-8.

Hernández, Terán, O., Navarrete, D. & León, A. (2007). El síndrome de burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. (3) 51-65.

Karwowski, W. (2001). International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors, Lazarus, R. & Folkman, S. (1984, 1986). Estrés y procesos cognitivos. El concepto de afrontamiento. Barcelona, España. Ediciones Martínez Roca, 141. En: Martínez, P. A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112, 6-7.

Martínez, M. F.; García, M. & Mendoza, I. (1995). Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces. Intervención Psicosocial, 4 (2), 47-63.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2, 99-113. En: Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote J.C. (2011). El desgaste profesional del Médico. Ediciones Díaz de Santos, S.A., 8, 5-17). Madrid.

Matteson, M. T. & Ivancevich, J. M. (1987). Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies. San Francisco, C.A: Jossey-Bass. En: Martínez, P. A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112, 6-7.

Navarro V. Síndrome de Burnout o quemazón profesional. Intermedicina.com (en línea). Junio 2002 (fecha de acceso 2 de octubre de 2004).

Pérez Jaurequi MI. El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la  
Ramos F, Buendía J. El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En: Buendía J, Ramos F, editores. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 33-57.

Riulli L, Savicki V. Optimism and coping as moderators of the relation between work resources and burnout in information service workers. Int J Stress Manag. 2003; 10:235-52.

Zaldúa G, Lodieu MT, Koloditzky D. El síndrome de Burnout en hospitales públicos. Revista Médica del Hospital J Ramos Mejía 2000; 7 (1): 13- 17.

### **Artículos**

ARANDA BELTRÁN, Carolina y PANDO MORENO, Manuel. Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, México. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39. Citado 2012-09-22.

Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. Aten Primaria 2001; 27: 313- 317.

Cebria J, Segura J, Corbella S y col. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. Aten Primaria 2001; 27: 459- 468.

Chang EC, Rand KL, Strunk DR. Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. Pers Individ Dif. 2000;29:255-63.

Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona

Marreno, M. (2004). *¿Está presente el síndrome de burnout en los servicios de neonatología?* Revista Cubana de Salud y Trabajo, 5(2) 60-62.

### **Páginas de Internet**

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2000). Research on work-related stress. European Agency for Safety & Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. En: Mansilla, F. El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Recuperado de [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4\\_8.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_8.shtml).

Da Silva, F. (2001). El síndrome del Burn Out. 1-15. Recuperado de <http://www.castalia.org.uy/docs/libros/DrograsyEtica/Presentacion.pdf>

De la Revilla, L., De los Ríos, A. M. & Luna del Castillo, J. D. (2003). Utilización del Cuestionario General de la Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de la familia, nº 33(8):417-25. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v33n08a13061584pdf001.pdf>

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980): Burn-Out. Stages of disillusionment in the helping professions. New York, NY: Human Science Press. En: Pérez-Camacho, M. (2012). Origen y consecuencias en el síndrome del desgaste profesional ("burn out"). Recuperado de <http://eldia.es/2012-01-28/PRENSA/6-Origen-consecuencias-sindrome- desgaste-profesional-burn-out.htm>

Gil, E. (2003). Sociólogos y Psicólogos advierten que el rol masculino se diluye en las familias españolas. Recuperado de: [http://www.consumer.es/web/es/economia\\_domestica/2003/03/19/59086.php](http://www.consumer.es/web/es/economia_domestica/2003/03/19/59086.php)

Gil-Monte & Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis. En Gil-Monte, P., (2006). Riesgos psicosociales y Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Editorial Mexicana S.A. Recuperado de <http://www.uv.es/gilmonte>



Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). El Síndrome Burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos. Revista Española de Salud Pública, n.º 2, 83: 215-230. Recuperado de <http://saludequitativa.blogspot.com/2009/06/intramediticulos-el-sindrome-burnout.html>

I.A.S. (2007). El esfuerzo excesivo. Boletín informativo confidencial - on line, n° 207, 2-3. Recuperado de <http://www.ias.org.ar/center/informativos/archivos2007/informativo207-28-27-08-07.htm>

Martínez, P. A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. n°112,67. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivat/numeros/n112/DATOSS.htm>

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. Ciencia & Trabajo, 32, 37-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina37.pdf>

Porras, A. (2000). ¿Estás Quemado? Jornadas Nacionales de Alumnos de Enfermería, Conferencia. Recuperado de <http://antoniopc.blogspot.com/2006/12/estas-quemado.html>

Ribera, D., Cartagena de la Peña, E., Reig, A., Roma, M. T., Sans, I., Caruana, A. (1993). Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Edición electrónica Espagraphic, URI: <http://hdl.handle.net/10045/4376>, España. 16-17.

Turnipseed, D. & Moore, J. (1999). The emotional exhaustion and stress of health care professionals and exploratory study University of Indiana. On line. Recuperado de: <http://www.sbaer.uca.edu/docs/proceedingsII/97wds515.txt>

Velásquez, M. (2003) Los riesgos psico-sociales en el trabajo. Recuperado de: <http://www.arearh.com/salud%20laboral/psicosociales2.htm>.

# 10. ANEXOS

## Anexo #1 Carta de aprobación

Loja 19 de Octubre de 2012

Dra. Silvia Vaca Gallegos  
COORDINADOR DE TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

Por medio de la presente me dirijo a Usted, para hacer de su conocimiento que las estudiantes Ayala Yépez María Michelle y Rojas Torres Clementina Caterine han desarrollado su trabajo de fin de titulación con tema "*Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Ibarra en los meses de junio a diciembre del año 2012*". Este borrador ha sido aprobado para su presentación y revisión del tribunal.

Atentamente:

Marco Jiménez Gaona  
DOCENTE INVESTIGADOR UTPL

## Anexo #2 Solicitud de Permiso



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

Loja, 28 de abril de 2012  
OF-PSC-072

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

De mi consideración:

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

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

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

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

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

Atentamente,

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



**Anexo #3 Carta de Autorización del IESS**



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL DE IBARRA**

Ibarra, 11 de mayo de 2012

218071101-1120

Magister  
**Silvia Vaca Gallegos**  
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA  
UNIVERSIDAD PARTICULAR DE LOJA  
Ibarra

*1* *25* *El doctor Hipólito*  
*Espejel*  
*Psicólogo de Ibarra*  
*3*  
IESS HOSPITAL DE IBARRA  
Dr. Carlos Vélez Egúez  
DIRECTOR TÉCNICO HOSPITALIZACIÓN  
AMBULATORIO

En atención a su solicitud mediante oficio N° PSC-072 de fecha 28 de abril de 2012, para que las estudiantes **CATHERINE ROJAS TORES** y **MICHELLE AYALA YÉPEZ** realicen la recolección de información dirigida a 30 funcionarios de la Salud de esta Unidad Médica; al respecto comunico que ésta Dirección autoriza el ingreso de las estudiantes bajo las siguientes consideraciones:

1. Las estudiantes no tendrán ninguna relación laboral con el IESS.
2. Las estudiantes deben coordinar con el Dr. Jorge Gordón, Psicólogo, sobre el para la realización del proyecto solicitado.

Atentamente,

Dr. Edison Cadena  
DIRECTOR (E)

Copia: Dr. Jorge Gordón  
Recursos Humanos

Elaborado por:	Yahaira Espinosa A.
Revisado por:	Dr. Edison Cadena
Aprobado por:	Dr. Edison Cadena
Fecha:	2012-05-11

HOSPITAL IESS IBARRA  
Oficina de Recursos Humanos  
Fecha: 11/05/12  
Hora: 13:06  
Firma: *[Firma]*  
Anexos: SI  NO

**Anexo #4 Carta de Solicitud y Aprobación de Ingreso al IESS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*  
**MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**



Ibarra, 05 de junio de 2012

Doctor  
Carlos Vélez Egüez  
DIRECTOR TÉCNICO HOSPITALIZACIÓN AMBULATORIA  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
Ibarra

AS400  
11-12  
Medias y Exámenes  
15.06  
IESS HOSPITAL DE IBARRA  
Dr. Carlos Vélez Egüez  
DIRECTOR TÉCNICO HOSPITALIZACIÓN AMBULATORIA

De nuestra consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de las estudiantes de la UTPL egresadas de la Escuela de Psicología, a la vez deseándole toda clase de éxitos en las actividades diarias que desempeña ante tan prestigiosa Institución.

El motivo del presente es con la finalidad de solicitarle muy comedidamente que el día viernes 15 de junio del presente año se reúna al personal de 10:00 a 11:00 de la mañana, con el objetivo de aplicar los cuestionarios a los profesionales de la Institución para lo cual se requiere **30 treinta doctores y 30 treinta licenciadas/os** en enfermería, para desarrollar el proyecto de investigación propuesto por la Escuela de Psicología "IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE SALUD Y FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENÓMENO EN EL ECUADOR".

Seguras de contar con su aceptación, anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Catherine Rojas Torres  
CI: 100224773-9

HOSPITAL  
IESS - IBARRA  
Fecha: 05.06.2012  
Recibido por: Dr. Carlos Vélez Egüez  
Hora: 10:30 A.M.  
Anexos:

Michelle Ayala Yépez  
CI: 100239819-4

## Anexo #5 Documento de Información para Participantes

### ANEXO Nro. 8

#### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: "Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador".

Centro de Educación y Psicología CEP-UTPL.  
Investigador responsable: Mg. Rocío Ramírez Zhindón

#### Información General

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

#### ¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionadas a la participación en la investigación.

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

#### Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

#### Beneficios de su participación:

Ud. será beneficiado por la entrega de informes individualizados de los resultados que de éste estudio se obtengan en relación a todas las variables medidas. En caso de que se encuentren indicadores de algún posible problema el participante recibirá el asesoramiento profesional correspondiente.

Además a través de éste estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional.

Los resultados finales serán informadas a través de una tesis doctoral, artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el equipo del CEP (Centro de Educación y Psicología - UTPL).

**¿Incurriré en algún gasto?**

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTPL, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

**Riesgos y molestias:**

Éste es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en éste estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

**Confidencialidad de los datos:**

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones científicas, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

**Participación voluntaria:**

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

**Contactos para preguntas acerca del estudio:**

Mg. Rocío Ramírez Zhindón mrramirez@utpl.edu.ec 2570275 ext. 2343

**NOTA:** No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará copia de éste documento.



## Anexo #6 Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto "Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador" y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el Proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además autoriza al personal a cargo del Proyecto para que utilice su información para la consecución del objetivo del Proyecto.

Ciudad (Lugar en donde se realizar la investigación) ,.....

NOMBRE: .....

NÚMERO DE CÉDULA: .....

NÚMERO DE REGISTRO .....

.....

FIRMA

## Anexo #7 Cuestionario Sociodemográfico y laboral

ANEXO Nro. 2



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

### Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

#### Datos Personales

Género Masculino  Femenino

Edad \_\_\_\_ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana  Rural

Etnia Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena

Estado Civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_

Vive solo  Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

#### Datos Laborales

Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_

Enfermera

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: \_\_\_\_\_

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Diariamente \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Semanalmente \_\_\_\_\_

Trabaja usted en turno rotativo: SI  No

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

Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  Todos los anteriores

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

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

Ninguno  25 %  25-50%  50-75%  75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: \_\_\_\_\_

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

Psiquiátricos  Alteraciones renales  Quirúrgicos  Cardiacos  Neurológicos  Diabéticos

Emergencias  Cuidados intensivos  Otros indique \_\_\_\_\_ Todos los anteriores

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

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

NO  SI  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente  Medianamente  Poco  Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

## Anexo #8 Cuestionario de MBI

### ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

#### CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

## Anexo #9 Cuestionario (GHQ-28)

Anexo 2. 3

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

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

<p><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></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><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></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><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></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><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></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><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></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><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></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><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></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><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></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><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></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><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></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><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></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><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></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><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></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><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></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><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></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><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></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><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></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><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></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><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></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><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></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><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></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><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</b></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><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></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><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></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><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></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><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></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><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></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><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

## Anexo #10 Cuestionario BRIEF-COPE

### Anexo 2.4. UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

#### Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

## Anexo #11 Cuestionario de Apoyo Social

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

### CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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



## Anexo #12 Cuestionario de Personalidad EPQR-A

Anexo 2.6.  
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

### CUESTIONARIO EPQR-A

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

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiene 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).