



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

**TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el hospital Básico del cantón Huaquillas.

Trabajo de fin de Titulación

**AUTORA:**

Balcázar Becerra, Bianny Yojana.

**DIRECTORA DE TESIS:**

Sánchez León Carmen Delia, Mgs.

**CENTRO UNIVERSITARIO: HUAQUILLAS**

2012

## **CERTIFICACIÓN**

Magister

Sánchez León Carmen Delia,

**DIRECTORA DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

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

---

Loja, diciembre del 2012.

## **ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO**

“Yo, Bianny Yojana Balcázar Becerra, declaro ser autora del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Bianny Yojana Balcázar Becerra

C.I 0702590365

## AUTORÍA

Las ideas y contenidos expuestos en el presente informe de trabajo de fin de Titulación, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

.....

Bianny Yojana Balcázar Becerra

0702590365

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por darnos la oportunidad de seguir ascendiendo, a sus respectivas autoridades, personal administrativo que hacen posible que la institución goce de prestigio.

A la Titulación de Psicología, por formar profesionales competentes, a la planta docente que ha permitido que los alumnos lleguemos a cumplir nuestro máximo sueño.

A la Institución de Salud Hospital de Huaquillas Área N.-7 y a los distintos médicos particulares que dieron la apertura y facilidad para la realización de las encuestas para fundamentar este trabajo de investigación.

A la Directora de Tesis por su contribución esmerada en la dirección y corrección del trabajo de investigación, sin escatimar esfuerzo ni horario y a todas las personas que de alguna u otra manera colaboraron para que este trabajo llegue a feliz término.

*Bianny Yojana Balcázar Becerra*

## DEDICATORIA

A Dios, creador y redentor de mi vida, por su amor, bendición quien me sostiene y fortalece cada día, que sin su ayuda no habría sido posible culminar mi carrera. A mi esposo, e hija por su apoyo y amor incondicional todos estos años de estudio estuvieron siempre conmigo.

Los mismos que han sido testigos silenciosos de mi esfuerzo y perseverancia que en muchas ocasiones los he desatendido para cumplir con mis deberes y compromiso de estudiante.

*Bianny Yojana Balcázar Becerra*

## ÍNDICE

PORTADA .....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO.....	iii
AUTORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
ÍNDICE .....	vii
1. RESUMEN. ....	1
2. INTRODUCCIÓN. ....	2
3. MARCO TEÓRICO. ....	4
CAPITULO 1:.....	4
CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT .....	4
3.1 Conceptualización.....	4
3.1.1 Definición. ....	4
3.1.2 Modelos explicativos del Síndrome de Burnout.....	5
3.1.3 Delimitación histórica del Síndrome de Burnout.....	7
3.1.4 Poblaciones propensas. ....	8
3.1.5 Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.....	8
3.1.6 Características, causas y consecuencias del Síndrome de Burnout. ....	9
3.1.7 Prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout. ....	10
CAPITULO 2.....	12
CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN. ....	12
3.2 Síndrome de Burnout y la relación con Variables Socio Demográficas y Laborales. .....	12
3.2.1 Variables de riesgo y protectoras.....	13
3.2.2 Motivación y satisfacción laboral.....	14
3.3 El Síndrome de Burnout y la relación con la Salud.....	15
3.3.1 Definición de salud. ....	15
3.3.2 Síntomas somáticos. ....	16
3.3.3 Ansiedad e insomnio.....	17
3.3.4 Disfunción social en la actividad diaria.....	17

3.3.5	Tipos de depresión.....	19
3.4	El Síndrome de Burnout y el Afrontamiento.....	21
3.4.1	Definición de Afrontamiento.....	21
3.4.2	Teorías del afrontamiento.....	22
3.4.3	Estrategias de afrontamiento.....	22
3.5	El Síndrome de Burnout y la relación con el Apoyo Social.....	23
3.5.1	Definición de apoyo social.....	23
3.5.2	Modelos explicativos del apoyo social.....	24
3.5.3	Apoyo social percibido.....	28
3.5.4	Apoyo social estructural.....	28
3.5.5	Definición de integración social.....	29
3.6	El Síndrome de Burnout y su relación con la Personalidad.....	29
3.6.1	Definición de personalidad.....	30
3.6.2	Tipos de personalidad.....	30
3.6.3	Patrones de conducta.....	32
3.6.4	El locus de control.....	33
4.	METODOLOGÍA.....	35
a.	Diseño de Investigación.....	35
b.	Instrumentos.....	36
c.	Recolección de datos.....	39
5.	RESULTADOS.....	40
6.	DISCUSIÓN.....	63
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
a.	Conclusiones:.....	69
b.	Recomendaciones.....	72
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	74
9.	ANEXOS.....	75
	Anexo 1.....	75
	Certificaciones.....	75
	Anexo 2.....	77
	Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	77
	Anexo 3.....	81
	Cuestionario de MBI.....	81



Anexo 4 .....	83
Cuestionario GHQ-28. ....	83
Anexo 5 .....	88
Cuestionario BRIEF-COPE.....	88
Anexo 6 .....	91
Cuestionario de Apoyo Social.....	91
Anexo 7 .....	93
Cuestionario EPQR-A.....	93
Anexo 8 .....	95
Designación de Códigos para el Trabajo. ....	95
Anexo 9: .....	98
Anexo 11 .....	100
Investigadora e investigados.....	100
Anexo 12 .....	100
Médicos del Hospital de Huaquillas .....	100
Anexo 13: .....	101
Enfermera de la Clínica Cuenca contestando el cuestionario MBI. ....	101
Anexo 14: Enfermera del Hospital de Huaquillas contestado le cuestionario MBI. ....	101
Anexo 15: Bianny solicitando contestar el cuestionario de una enfermera del Hospital. 102	
Anexo 16: Un grupo de enfermeras contestando el cuestionario de AP.....	102
Anexo 17: Bianny solicitando contestar el cuestionario al médico del hospital de la Clínica Cuenca. ....	103
Anexo 18: El Dr. Oswaldo Rodas contestando un Cuestionario Sociodemográfico y Laboral. ....	103
Anexo 19: Bianny haciendo visita a la Clínica Cuenca.....	104
Anexo 20: La Clínica Cuenca ubicada en la calle Juan Núñez Puertas en el cantón Huaquillas.....	106

## **1. RESUMEN.**

La Humanidad afronta múltiples estresores debido a causas ambientales y sociales, con el consiguiente riesgo para la salud; lo cual fue evidenciado en este estudio sobre Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Básico del Cantón Huaquillas, durante el año 2011-2012.

La muestra estuvo conformada por 15 médicos y 15 enfermeras, los mismos que laboran en uno de los centros asistenciales de la provincia de El Oro para atender al sector público de esa zona fronteriza con Perú, donde sus pobladores poseen bajos recursos.

Los Instrumentos utilizados para la investigación fueron los Cuestionarios Socio Demográfico-Laboral, Burnout de Maslach (MBI), Salud (GHQ-28), Afrontamiento (COPE), Apoyo Social (AP) y Personalidad (EPQR-A).

Los resultados de las encuestas evidenciaron que los profesionales investigados de la muestra no poseen Síndrome de Burnout. Sin embargo, constituyen población propensa al padecimiento.

Este tipo de compendio se hace cada vez más necesario en el Ecuador, que en el país que se inserta apoyo ya que en el mundo actual donde y el estrés laboral se acrecienta.

## **2. INTRODUCCIÓN.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema.

El Síndrome de Burnout, una enfermedad de la sociedad moderna donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar, para transformarse en una desilusión y que es la sociedad que deshace el camino mal transitado, para Gil-Monte y Peiro 1997 el Burnout es considerado como un problema directamente relacionado con el ambiente del trabajo y es mencionado como uno de los riesgos psicosociales procedentes de la actividad laboral con influencia en la salud del trabajador.

Lo cierto es que el Cuestionario de Burnout de Maslach, MBI: detecta y mide el Síndrome del Burnout y se ha utilizado ampliamente para evaluar el padecimiento en diferentes profesiones y países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, Zimbawe, etc.

En los últimos años aparecen señales preocupantes que algo está sucediendo en la práctica de los profesionales de la salud. Cada vez es más frecuente el absentismo, abandono de áreas, incapacidades por estados de estrés, agotamiento, maltrato a pacientes, malas prácticas médica o enfermedades de los médicos.

Muchos datos indican que el estrés propio de las profesiones en salud es más alto que el de otras profesiones debido a la realidad de dolor y del sufrimiento humano y a la toma de decisiones inmediatas en cuestiones de vida o muerte.

Motivo por el cual se trata de encontrar la respuesta a una problemática que nos viene afectando con el correr del tiempo: el Síndrome de Burnout en el hospital, en el cantón, en la provincia, en el país y en el mundo entero.

Sin embargo, debemos tener presente que la salud conlleva un proceso continuo y no debe descuidar ninguno de sus elementos los cuales son significativos para el paciente y compromiso para el profesional.

Para el sustento teórico de la investigación se consultó diversas fuentes bibliográficas relacionadas con el tema propuesto. Las encuestas fueron aplicadas a los profesionales de la salud para recoger los criterios más importantes de los médicos y enfermeras.

Luego se procedió al respectivo análisis y a elevar juicios de valor que contribuyan a presentar la solución a los problemas y que respondan a los siguientes objetivos:

- Identificar la existencia o no del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.
- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales e instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social
- Conocer los modos de afrontamiento situaciones adversar de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el Burnout, los mismos que fueron cumplidos en la marchar de la investigación

Al término de la investigación se proyectan las siguientes conclusiones

Los médicos y las enfermeras reportan niveles moderados de stress, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

El síndrome del Burnout se manifiesta cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud.

Estos resultados coinciden justamente con la literatura teórica que menciona que la principal causa del desgaste psicológico, el agotamiento personal, irritación, baja autoestima, desmotivación en el trabajo, entre otros.

Por ello se propone en las páginas finales las medidas y estrategias de afrontamiento en la prevención emocional y despersonalización futura en los profesionales de la salud.

### 3. MARCO TEÓRICO.

#### CAPITULO 1:

#### CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT

Según Lazarus y Folkman (1984), el “estrés es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”.

Diferenciación entre el Estrés y el Síndrome de Burnout: Este padecimiento no es causado por la sobrecarga de trabajo o exceso de trabajo, es causado por un trabajo que ofrece poca motivación. El Síndrome de Burnout no se asocia con la fatiga sino más bien a la desmotivación emocional y cognitiva seguido por un abandono de intereses que en un determinado momento fue de mucha importancia para el sujeto. (Moreno y Peñacota, 1999).

#### 3.1 Conceptualización.

##### 3.1.1 Definición.

El concepto de Síndrome de Burnout está compuesto por las dos palabras inglesas bore que quiere decir aburrido y out que significa fuera. De la combinación de ambas palabras resultaría algo parecido a un encontrarse fuera del aburrimiento.

*“El rasgo fundamental de este síndrome es el agotamiento emocional, la sensación de no poder dar más de sí mismo; pero además, se manifiestan sentimientos de despersonalización, actitudes negativas acerca del sujeto con el que trabaja, lo que los lleva a considerar que en alguna medida merecen los problemas que tienen y a responder impersonal y fríamente, y de falta de realización en el trabajo productos del estrés generado en el ambiente laboral y del contacto interpersonal que los profesionales deben mantener cotidianamente”. (Maslach & Jackson, 1997)*

En la definición propuesta por Philippe Rothlin y Peter Werder (2007), se insiste que el aburrimiento se hace hasta tal punto insoportable que adopta para las afectadas nuevas y mayores dimensiones, las mismas que impiden a la persona desarrollarse como una persona sana y sobre todo desempeñarse como profesional.

Freudenberger (1974) concluye que el Síndrome de Burnout es deterioro y cansancio excesivo progresivo, unido a una reducción drástica de energía acompañado a menudo de una pérdida de motivación que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, y modales y por ende el comportamiento general.

La definición de Síndrome de Burnout propuesta por Freudenberger señala la pérdida de la energía y de la motivación que afecta a la persona provocando el cambio de comportamiento en el desarrollo de sus actividades dentro del contexto laboral, circunstancias que obstruye el bienestar del individuo y por ende de la empresa en la que labora.

Los autores Gil-Monte y Peirò (2004) sostuvieron que el síndrome del quemado o Burnout puede ser estudiado desde dos ámbitos: clínica y psicosocial.

Desde el criterio clínico, se manifiesta como un estado (concepción estática) a la que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. Situación que imposibilita al individuo para llevar una vida normal y por ende el cumplimiento de sus responsabilidades.

Desde el criterio psicosocial lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

Maslach y Jackson afirman que es un síndrome tridimensional desarrollado en aquellas profesiones cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden y tres dimensiones características (agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional y/o personal).

### **3.1.2 Modelos explicativos del Síndrome de Burnout.**

Los modelos que históricamente definen el Síndrome de Burnout son los siguientes:

- a. Modelo Ecológico de Desarrollo Humano: Señalado por Carroll y White, 1982, citado en Albornoz, 2010; 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.

De manera que este modelo manifiesta la influencia de las interrelaciones de los distintos ambientes en el desarrollo y cumplimiento de las múltiples facetas que el ser humano debe cumplir, dentro de su rol profesional, y respetar las normas establecidas por la empresa donde el labora, algunos departamentos laborales nos responden a los intereses de los consumidores, situación contraría es la que genera el mentado estrés.

- b. Modelo de Descompensación Valoración Tarea Demanda: Este modelo fue propuesto por Kyriacou y Sutcliffe, 1978, como un elemento que operacionaliza el estrés docente, denominándolo como sentimiento de efecto negativo.

Evidentemente la descomposición en toda organización trae consigo la des-valoración de las acciones y con ello menor demanda. De manera que el estrés es uno de los grandes motivos para que el trabajador haya caído en la rutina, ya no encuentra alegría en el trabajo lo asumen como una obligación y por ende se da la resistencia para el cambio, el mismo que afectado profundamente la salud de los empleados que tienen varios años en el ejercicio profesional

- c. Modelo Sociológico: Defendido por Faber, 1991, y Woods, 1999, enfatiza que el padecimiento surge como consecuencia de las nuevas políticas macroeconómicas y se extiende como epidemia mediante la globalización. Este modelo sociológico primero fue sugerido por Faber y desarrollado por Woods.

A mi manera de ver, las políticas macroeconómicas generan desigualdades sociales estratificadas con nuevos desocupados y con menos expectativas de mejor calidad de vida como fruto de las normas impuestas de la estructura social y económica.

- d. Modelo Opresión Demografía: Sostenido por Maslach y Jackson, 1981, ve al ser humano como una máquina que se desgasta por determinadas características que la vuelven vulnerables 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. Se ha criticado por ser un modelo mecanicista.

Cabe situar a ciertos grupos de personas que por sus diversas circunstancias se encuentran convertidos en maquinas de producción llevando a la baja autoestima, atrapados en una vida mecanicista, olvidando el amor propio y el cultivo personal, convertido en producto del modelo opresivo del Síndrome del Burnout.

e. Modelo de Competencia Social: Propuesto por Harrison, 1983, construido en el marco de la teorías socio-cognitivas del yo.

Aunque el modelo presenta unas connotaciones dinámicas (acción social del individuo), define la posición social del individuo en el seno de la sociedad y especialmente en el nivel que desenvuelve sus acciones. Incluyendo las expectativas de conducta que se espera de él.

f. Modelo demografía personalidad desilusión: Propuesto por El Sahii, 2010, este modelo considera que el Síndrome del Burnout requiere de dos elementos fundamentales para su formación, a saber: El estrés presiona al organismo durante mucho tiempo y se combina con varias fallas en la personalidad y diversos factores de riesgo, lo cual impide desempeñar las actividades laborales. El alto nivel de responsabilidad da lugar a la desilusión creciente que se tiene sobre la profesión ejercida, proveniente principalmente de la falta de compromiso, poca satisfacción laboral y pérdida vocacional.

Consecuentemente, si la población presenta determinado rasgo de personalidad y la sociedad espera de ella determinadas conductas fijadas, puede variar considerablemente las características del síndrome según el tipo de cultura y población, manifestada en el cumplimiento laboral y vocacional.

### **3.1.3 Delimitación histórica del Síndrome de Burnout.**

El Síndrome del Burnout aparece por primera vez en el año 1969 por H.B.Bradley mediante el término staff-burnout. Posteriormente fue corroborado por el psicólogo Herbert Freudenberger, en 1974, quien estudio el fenómeno al trabajar frecuentemente con un gran grupo de jóvenes drogadictos. En 1976 la psicóloga social Maslach describe las tres dimensiones de investigación usadas en la actualidad: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización.



### **3.1.4 Poblaciones propensas.**

El colectivo más vulnerable a padecer el Síndrome de Burnout está compuesto por profesionales que trabajan directamente con pacientes o clientes. por ejemplo, involucrados en el campo sanitario (médicos, enfermeras psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares y consejeros matrimoniales, así como también personal administrativo, deportistas, tele-operadores de centros de llamadas, ingenieros, personal de fuerzas armadas, periodistas, profesores y en general, una amplia gama de profesiones.

### **3.1.5 Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.**

Las fases del síndrome de Burnout se describen a continuación:

- Agotamiento o Cansancio Emocional: Fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás a nivel emocional.
- Despersonalización: Desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
- Baja Realización Personal: Sensación de que los logros y auto-eficiencia percibida por la persona no se están llevando a cabo. Caracterizado por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

El Síndrome del Burnout es progresivo, se puede observar de las siguientes formas:

- a. Forma Leve.- Los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias, el afectado se vuelve poco operativo.
- b. Forma moderada.- Aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la auto-medicación.
- c. Forma grave.- Mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo, abuso de alcohol y psicofármacos.

- d. Forma extrema.- Aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicido.
- e. Agotamiento.- Es la sensación de haber perdido la capacidad de dar más de si mismo a nivel emocional.
- f. Susplicacia.- Es una actitud distante Hacia el trabajo, hacia las personas a las que se está ofreciendo el servicio y también hacia los compañeros de trabajo
- g. Ineficacia.- Es la sensación de que no se están llevando a cabo debidamente las tareas y de que se está incompetente en el trabajo.

### **3.1.6 Características, causas y consecuencias del Síndrome de Burnout.**

Entre las características del Síndrome del Burnout tenemos las siguientes:

Se manifiesta de forma brusca una sintomatología psicósomática: su cuerpo comienza a dejar de traslucir su incidencia, cefaleas, fatiga crónica, insomnio, gastritis, hipertensión arterial, diabetes, afecciones del sistema inmunológico, resfriados, rinitis, amigdalitis alergias etc.

La existencia de factores personales predispone el padecimiento, entre ellos:

- 1) Alto grado de auto exigencia.- Baja tolerancia al fracaso y el deseo permanente de destacarse en sus tareas basados en un perfeccionamiento extremo.
- 2) Negación.- Dificultad para trabajar en equipos: impaciencia, labilidad emocional, los compañeros son los primeros en darse cuenta.
- 3) Fatigas.- Dificultad para levantarse en las mañanas.
- 4) Aburrimiento.- Irritabilidad progresiva pérdida de incentivos para su progreso.
- 5) Incompetencia.- Absentismo injustificado.

El Síndrome de Burnout suele deberse a múltiples causas, por ejemplo en las profesiones de alto contacto con personas, cuando el trabajo supera las ocho horas, ejercicio laboral por varios años en el mismo lugar, clima laboral conflictivo, frecuentes problemas familiares, baja autoestima.

- 6) Falta de control de sus emociones.- Sentimientos de frustración y conciencias de fracaso.
- 7) Desgaste del idealismo.- Falta de logros, metas, sociales, económicas.

Los efectos del Síndrome de Burnout afecta negativamente la resistencia del trabajador, es importante la prevención para controlar el desgaste profesional y por ende la baja autoestima.

Entre las consecuencias del Síndrome de Burnout se puede evidenciar las siguientes:

- A. La persona es presa del frecuente sentimiento de impotencia ya que desde el momento de levantarse se siente cansado, presenta estado de fatiga o frustración a causa de una forma de vida que por repetidas veces los llevaron al fracaso y de alguna manera no alcanzo sus aspiraciones.
- B. El trabajo ya no le satisface.- la persona se vuelve hedónica, es decir, que lo que anteriormente era motivo de alegría ahora no lo es, el trabajo no le manifiesta ninguna satisfacción le parece a modo de obligación, se siente diariamente estresado y se irrita fácilmente llevándolo al descontrol emocional.

El trabajo ya no le produce incentivos, se torna en una persona depresiva e insatisfecha, muchas de las veces provoca que lo despidan del trabajo, situación desfavorable para una persona que requiere de su trabajo para su subsistencia.

La persona está sujeta a la melancolía, frustración, aburrimiento, estados de ánimos que al no ser controlados inducen al suicidio.

### **3.1.7 Prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout.**

Si tenemos la idea que el Síndrome de Burnout es el desgaste gradual de la persona en todas sus dimensiones y sobre todo es irreversible, es imperioso saber cómo prevenirlo mediante el aporte de Gómez Sancho, Bondjale Oko y Maskach, 1974.

a) Gestión Individual.

- Trabajar mejor en vez de más.
- Establecer objetivos realistas.
- Realizar lo mismo de forma diferente.
- Hacer una pausa, tomar las cosas con más distancia.
- Cuidarse a uno mismo además de a los otros.
- Pensar en los éxitos y gratificaciones personales que nos ofrece el trabajo.
- Conocerse así mismo, el autoanálisis.

- Repaso y relajación.
  - Establecer las fronteras mantener la vida privada.
- b) Gestión Social, contar con el apoyo de:
- Pareja y la familia.
  - Compañeros de trabajo.
  - Amigos de confianza.
  - Conocidos.
- c) Gestión Institucional.- Se relaciona propiamente a las instituciones las cuales deben emplear ciertos cambios para la prevención.
- Proyectar la visión del trabajo, cambio de, ambiente y de rutina para prevenir el cansancio y estresores del estrés. .
  - Establecer el tiempo libre, apropiarse de periodos de descanso para la recreación.
  - Salvaguardar buenas relaciones humanas entre el personal y con sus superiores generando el apoyo social.
  - Proceder al análisis de casos puntuales en pro de las mejores soluciones en forma personal y grupal por el bien de la organización de la salud.
  - Discutir en equipos los casos difíciles, para encontrar las más apropiadas soluciones.

En definitiva para prevenir el estrés en el trabajo se requiere de una información anticipada sobre el manejo de los requerimientos emocionales del trabajo a las personas que viene laborando.

## CAPITULO 2

### CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.

Generalmente los trabajadores desarrollan sus actividades laborales bajo condiciones inseguras. Situación desfavorable que lleva al incremento de las enfermedades laborales, entendiendo por enfermedad de trabajo a "*todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo*".

Al mencionar la relación entre las variables sociodemográficas y laborales con las manifestaciones de salud de los trabajadores se establecen criterios que afirman que el Síndrome de Burnout supone un problema psicosocial importante debido a que sus causas están relacionadas, con el ambiente de trabajo, entre las que se destacan la sobrecarga cuantitativa, problemas de rol, repercusiones negativas en la salud física y mental de los trabajadores y sobre la organización (Salamariaga, 2007)

#### **3.2 Síndrome de Burnout y la relación con Variables Socio Demográficas y Laborales.**

1) Variable en función del género.

Se puede afirmar que el 60% de los hombres y el 40 % corresponde de mujeres son más susceptibles al padecimiento, aunque los resultados son discutibles.

2) Variable en función de los años de trabajo.

En cuanto a los años de ejercicio profesional, también los datos de las investigaciones son discutibles. Se ha postulado que la experiencia laboral es un factor protector del Síndrome del Burnout, como menciona variable en función del estado civil.

3) Variable en función de estado civil y/o convivencia.

Los estudios plantean que los trabajadores casados o convivientes tienen una mayor defensa al Síndrome de Burnout, según los estudios de Golembiewski, porque los hijos y la familia pueden ser una fuente de desahogo emocional.

4) Variables de personalidad

Las variables de personalidad resistentes al Síndrome de Burnout, se consideran que son las mismas que protegen del estrés; las cuales son básicamente las tendencias al compromiso, control y desafío. Hill y Norvell,

A pesar del comentario realizado por Menéndez Montareis en el sentido de que la variable neuroticismo es preventiva del estrés, se llega a la conclusión, a través del análisis de regresión múltiple, que el neuroticismo es el predictor más importante de burnout en varios grupos que estudio.

Algunos rasgos de personalidad se asocian como protectoras de la vivencia de estrés, como el "locus de control", la autoeficacia y el autocontrol emocional.

#### 5) Variables organizacionales.t

Variable en función del nivel educativo al cual se imparte clase. En cuanto a la institución todo parece indicar que los médicos.

Variable en función de la ubicación laboral.

En cuanto al centro de trabajo, parece ser que las áreas urbanas y rurales presentan ventajas y desventajas; mientras que las áreas suburbanas presentan más dificultades, como problemas de marginación, traslado del docente e incompreensión mutua.

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

Las variables de riesgo se presentan en el individuo en la medida que este sufre por las necesidades no resueltas. Un factor importante es contar con el sustento necesario para la satisfacción de las necesidades básicas del trabajador y de su grupo familiar.

El goce de seguridad física y psicológica, incluyendo estabilidad laboral y condiciones seguras en cuanto a ambiente, carga y jornada de trabajo, con especial atención a la prevención de accidentes y enfermedades profesionales.

La existencia de un clima grato de trabajo, en el que se facilite la confianza, el respeto y el apoyo en la relación humana. Se debe otorgar especial énfasis al establecimiento de una identidad entre el trabajador, el trabajo y la empresa.

El reconocimiento por el trabajo bien realizado y la contribución a la autovaloración y autoestima del trabajador y a la reafirmación de su dignidad.

La oferta de oportunidades para que las personas pueda desarrollar al máximo sus potencialidades, aumentando los ámbitos de autonomía en los puestos de trabajo.

La ausencia de estas condiciones generales puede crear situaciones de riesgo para la salud y la salud mental del trabajador. Se conoce, además, una serie de factores de riesgo más específicos para la salud mental de los trabajadores, que pueden ser objeto de acciones de prevención.

### **3.2.2 Motivación y satisfacción laboral.**

La progresiva pérdida de la motivación afecta a los profesionales y por ende los resultados de sus labores, en síntesis, lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que deciden, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encausa la energía.

Los gerentes deben tener presente que cuando las personas bajan su nivel de colaboración y se sienten agotadas entonces deben cumplir con la honrosa tarea de motivar a los colaboradores ya que de esta depende el bienestar, la toma de las mejores decisiones y la entrega al trabajo por parte de sus subordinados.

, es una característica universal de todo estado orgánico de la cuestión.

La motivación es un término genérico que se aplica a una amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos, y fuerzas similares.

Esta entendido que la motivación permite sumar esfuerzos y alcanzar lo que nos proponemos tanto a nivel personal como familiar y laboral. Decir que los administradores motivan a sus subordinados, es decir que realizan cosas con las que esperan satisfacer esos impulsos y deseos e inducir a los subordinados a actuar de determinada manera.

El concepto establece que la motivación es el mecanismo que transfiere a los individuos interés para desarrollar actividades y por ende a mejorar el desempeño laboral, el reconocimiento social, el apoyo social de sus compañeros.

Innegablemente los seres humanos necesitan de la motivación para la satisfacción de las necesidades elementales, como respirar, comer o beber, y de manera secundaria las necesidades sociales, como el logro o el afecto.

### **3.3 El Síndrome de Burnout y la relación con la Salud.**

Al analizar el término salud, su significado, original y genuino, de superar una dificultad, obtenemos una definición en toda regla: salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo.

De manera que vivir implica una actividad interna del ser vivo que alcanza salvaguardar una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior: el mantenimiento de la homeostasis, característico de los vivientes, es un proceso activo que se realiza a pesar de dificultades que contraponen el medio externo.

#### **3.3.1 Definición de salud.**

La salud, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida (Canguilhem, 1982).

Esta concepción involucra que mantener ese equilibrio demanda de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnan para sostener ese equilibrio, el cual se transcribe en la capacidad de vivir como sujeto, de producir, reproducir y recrear la cultura frente a las exigencias ambientales.

Barro (1996), considera a la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales sociales y espirituales. Evidentemente la salud es el tesoro humano, sin ella es casi imposible estar bien a pesar de que algunas capacidades han sido amputadas por accidentes imprevistos, es posible hacer uso de las que nos quedan para seguir con la interrelación humana que hace posible sentirnos vivos y sanos



La salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Mushkin (1962), y Grossman (1972), revelan que la salud y la educación son determinantes del capital humano y prevén una doble connotación la de ser un bien de consumo y un bien de inversión. Si estamos enfermos no podemos trabajar, a pesar de que algunos estamos trabajando enfermos casi tolerando todo clase de dolores, y fatigas, lo único que logramos es forzar el cuerpo y por ende enfermarnos en mayor grado, dando lugar al posicionamiento del Síndrome de Burnout.

La salud se promueve a través de un patrón de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física, descanso y recreación, según lo establece Henry Sigerist (1941).

Así mismo, Sigerist manifiesta que la salud no era solo la ausencia de enfermedad, sino, también una actitud positiva hacia la vida y la aceptación de las responsabilidades que esta nos brinda, sumado a ello la motivación para no caer en el aburrimiento y por ende atraparnos en el Síndrome de Burnout.

Miguel Angel Martin, sostiene que el síndrome del burnout, o también llamado síndrome del quemado, es una disfunción psicológica que se da con mayor frecuencia de ámbitos laborables que demandan ayuda "ayuda".

Para esos investigadores, la interrelación entre profesionales y personas que requieren su contención, de acuerdo a cada una de sus funciones en relación directa con la gente, implica un agotamiento físico, mental y emocional, que se traslada a los largo de la vida.

### **3.3.2 Síntomas somáticos.**

La palabra somática significa cuerpo o del cuerpo. Síntomas somáticos se refieren a la manera del cuerpo de recordar algún tipo de conducta o el acondicionamiento a los factores circundantes. Por ejemplo el deportista que entrena todos los días presenta síntomas somáticos. Los síntomas somáticos del Síndrome del Burnout son diversos y se manifiestan en el orden físico y psicológico.

### **3.3.3 Ansiedad e insomnio.**

Ansiedad.- Término empleado para referirse a las varias causas relacionadas con el nerviosismo, miedo, temor y preocupación, los mismos que manifiestan síntomas físicos reales.

Barlow (1988), sostiene que la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro

La ansiedad se manifiesta de dos clases: la ansiedad leve.- provoca inquietud y la ansiedad severa.- es muy debilitante para la persona y ejerce un gran impacto en la vida cotidiana

Howard Liddell (1949), fue el primer proponente al llamar a la ansiedad la sombra de la inteligencia, pensaba que la capacidad humana de planear con cierto detalle el futuro se relaciona con esa sensación persistente de que las cosas pueden salir mal y que debemos mejor estar preparados para ellas

Insomnio.- Llamado al desorden del sueño que es causado generalmente por la tensión en cualquier área de su vida, sea como personal o profesional, marital o financiero, por ejemplo puede también ser el resultado de medicaciones administradas para combatir otra condición médica.

De modo que la ansiedad y el insomnio se relacionan mutuamente ya que el uno puede provocar el otro y viceversa.

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

La vida diaria está sujeta a presiones del individuo además de su trabajo, la responsabilidad ineludible con la familia, grupo de amigos, colegas y con su entorno, provoca la difusión social en la vida del ser humano.

- Depresión.

Es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y, por lo tanto, el organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el

mundo y falta de esperanza en el futuro. Modifica negativamente la funcionalidad del sujeto.

Habitualmente, las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. La gente siente que tiene cierto control sobre el suyo. En los trastornos se pierde esta sensación y se experimenta un malestar general.

Todos los trastornos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Se dividen en dos grupos: bipolares y depresivos.

La persona se siente abatido y triste; sin embargo, hay una diferencia significativa entre esta circunstancia y los síntomas que caracterizan a la depresión clínica: no todas las personas que están tristes, tienen un trastorno depresivo.

Como el estado de ánimo deprimido se presenta en varios trastornos, esto no significa que la persona padece un trastorno del estado de ánimo, ya que el término depresión se puede referir a un síntoma o a un trastorno del estado de ánimo el mismo que es provocado por la separación de los seres queridos, la pérdida del conyugue, el despido del trabajo, etc.

Para Alonso Fernández la depresión tiene su origen del latín *depressio* que significa opresión, encogimiento o abatimiento. Es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la de haber vivido una experiencia cercana a la muerte).

La depresión puede originar devastadoras consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Es una enfermedad frecuente a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas y es visto como más callado, su estado de ánimo es variante, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar, se culpa por todo, idealiza hasta su muerte.

La depresión externa, exógena se manifiesta cuando la causa es algún acontecimiento en la vida del paciente, y depresión interna o endógena cuando la causa es un desequilibrio en la bioquímica cerebral.

### **3.3.5 Tipos de depresión.**

La depresión se refiere sobre todo a un cambio en humor, los desórdenes depresivos se expresan en diversos tipos y la fuente es desconocida. A continuación se describe los tipos de depresión:

- a) Depresión importante.- Es una contrariedad con el humor en el cual hay las sensaciones severas y duraderas de la tristeza o de los síntomas relacionados que consiguen de la manera del funcionamiento de una persona.
- b) Desorden de Dysthymic.- Un tipo menos severo de depresión, desorden dysthymic, implica largo plazo, los síntomas crónicos que no inhabilitan, pero guarda uno del funcionamiento bien o de la sensación buena.
- c) Desorden de Cyclothymic.- Cyclothymia es una forma más suave de depresión maniaca, caracterizada por la hipomanía (una forma suave de manía) que se alterna con combates suaves de la depresión.
- d) El desorden bipolar (también llamado enfermedad maniaco-depresiva) - esta sección cubre la información del detalle sobre todos los tipos de desorden bipolar, de sus opciones del tratamiento, de suceso en niñez, de criterios de la diagnosis, de etc.
- e) Depresión unipolar.- Este humor bajado puede variar ligeramente a través del día pero la víctima no puede ser animada habitualmente para arriba, y ésta es la distinción principal entre simplemente ser infeliz y clínico que es presionada.
- f) Depresión Maniaca.- La depresión Maniaca se puede definir como desorden emocional caracterizado cambiando cambios del humor de la depresión a la manía que puede a veces ser absolutamente rápido. La gente que sufre de la depresión maniaca tiene un índice extremadamente alto del suicidio.

- g) Depresión sicopática.- Aproximadamente 15 por ciento de la gente que sufre de la depresión importante también demuestran síntomas de la depresión sicopática. Estos síntomas incluyen voces de la audiencia dentro de su cabeza (alucinaciones auditivas), teniendo visiones de la gente o de las cosas que no están realmente allí (las alucinaciones visuales).
- h) La depresión situativa.- Es en extremo polimorfa se acompaña de ciertas alteraciones neuroquímicas y responde con mayor sensibilidad y prontitud al fármaco antidepresivo que a la intervención psicosocial. Sus formas clínicas se reparten entre cuadros completos de intensidad acentuada o media, cuadros incompletos y cuadros especiales (formas larvadas, sobreagudas, atípicas y focales).
- i) A la depresión endógena pertenece la mayor parte de los cuadros depresivos completos (tetra-dimensionales) dotados de una sintomatología acentuada. Entre los síntomas suyos más propios -pero de ninguna manera exclusivos- sobresalen los siguientes: en el sector del humor depresivo, la anhedonia penetrante (exclusión de todo placer) y el sentimiento o delirio de culpa y los auto-reproches; en la sintomatología enérgica, la inhibición o lentitud psicomotora y la sensación de anestesia mental; en los rasgos de la descomunicación, la falta de reactividad a los estímulos ambientales agradables. La evolución multifásica adoptada por la depresión endógena puede corresponder sólo a fases depresivas (evolución unipolar) o alternar entre fases depresivas e hipertímicas (la hipertermia es una exaltación vital de rasgos un tanto contrapuestos a los de la depresión).
- j) La depresión determinada por un proceso somático o por la administración de un medicamento o droga no guarda correspondencia con un tipo de personalidad determinada. Su sintomatología se presenta enmascarada, como es lógico, con los síntomas somáticos de la patología médica causal, salvo cuando la depresión constituye su trastorno inicial.
- k) La depresión enérgica exclusiva o mixta constituye un legítimo indicio para la intervención de un factor causal de tipo somático, los síntomas depresivos ajenos a la anergia los que constituyen los rasgos más demostrativos de la incidencia de una depresión en el marco de una enfermedad física importante,

dada que los síntomas enérgicos (apatía, aburrimiento, pensamiento lento y oscuro, capacidad de decisión debilitada, representaciones obsesivas, astenia, trastornos digestivos, disfunción sexual). Entre los principales síntomas sobresalen: el dolor moral o dolor por vivir, el sentimiento de culpa, el deseo de morir o la tendencia al suicidio, la escasez de palabras, la sensación de soledad, los brotes de irritabilidad, ante cualquier enfermo depresivo es preciso indagar con suma atención la naturaleza de los medicamentos y drogas que el enfermo esté recibiendo, así como resulta obligatorio examinar con particular minuciosidad su estado somático.

### **3.4 El Síndrome de Burnout y el Afrontamiento.**

#### **3.4.1 Definición de Afrontamiento.**

- a) Afrontamiento.- Se refiere a la actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación, de tal manera los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos reinterpretaciones, conductas, entre otros documentos de apoyo.
- b) Las estrategias de afrontamiento (a veces llamadas con el término inglés coping) hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.
- c) Los estilos constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento.
- d) Los recursos son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores. Por ejemplo, locus de control, percepción de control, auto eficacia, autoestima, sentido del optimismo. (Sandín, 2003).

Cuando las demandas exigen al ser humano, de acuerdo a las situaciones en las que se encuentra o a las que se enfrenta, este pone en marcha una serie de conductas, que pueden ser manifiestas o encubiertas, destinadas a restablecer el equilibrio en su

transacción con el ambiente (más específicamente en la transacción persona-ambiente) o, cuando menos, a reducir el desequilibrio percibido y las consecuencias que de él derivan.

Así, cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir estrés o ansiedad pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional y deliberado.

### **3.4.2 Teorías del afrontamiento.**

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

El afrontamiento directo que se refiere a las acciones del individuo para intentar equilibrar la transacción desfavorable con el ambiente, centrado en el problema.

El afrontamiento indirecto, centrado en la emoción, que es realizado a través de las emociones con las cuales la persona intenta reducir el trastorno, cuando es incapaz de controlar el ambiente o cuando la acción es demasiado costosa. (Lazarus y Folkman, 1986).

El afrontamiento centrado en la evaluación es aquel en el cual la persona define el significado de la situación causante de tensión y reflexiona sobre sus causas y posibles soluciones. (Moos y Billings, 1982).

### **3.4.3 Estrategias de afrontamiento.**

Como un estilo cognitivo consistente de aproximación a los problemas, entendiendo estilo cognitivo como el modo habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognitivos (como son la percepción, la memoria, el procesamiento...) se ha buscado la asociación de diversas variables de personalidad con estilos de afrontamiento.

La persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante.

Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones

- a) Como un estado o proceso dependiente de la situación. Se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante las distintas situaciones o problemas.

Esta segunda forma de entender las estrategias de afrontamiento indicaría que hay poca consistencia en las estrategias ante distintas situaciones e, incluso, puede cambiarse de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos.

La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

### **3.5 El Síndrome de Burnout y la relación con el Apoyo Social.**

Brown y Harris (1978), sostienen que el apoyo social desempeña una función importante en la aparición de la depresión.

El apoyo social contribuye a mejorar la vida de las personas afectadas por el Síndrome de Burnout y la comunicación afectiva y las sanas intenciones influyen positivamente para dar ánimo y apoyo moral y social.

#### **3.5.1 Definición de apoyo social.**

El apoyo social tiene varias dimensiones:



- El grado de integración social: los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría.
- El apoyo social percibido: la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente.
- El apoyo social provisto: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

Ha sido utilizado en muy diversos sentidos, como red social, contactos sociales significativos, posibilidad de tener personas confidentes a las que se puede expresar sentimientos íntimos y como compañía humana. Tiene una función positiva generalizada sobre la salud y sobre el estrés.

### **3.5.2 Modelos explicativos del apoyo social.**

Uno de los factores decisivos en el apoyo social en la época contemporánea con los laborales.

Concepto y Modelos Teóricos del estrés laboral.

Fernando Mansilla Izquierdo, sostiene que estrés laboral se ha definido como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo. A continuación explicamos los diversos modelos explicativos del estrés laboral:

a) Modelo de interacción entre demandas y control.

El estrés es el resultado de la interacción entre las demandas psicológicas elevadas y la baja libertad de toma de decisiones, es decir, el bajo control.

El nivel de demandas laborales suele derivarse del nivel de producción de la empresa, mientras que el nivel de control depende más bien del organigrama (estructura de autoridad, sistema de responsabilidades, etc.)

La demanda elevada puede venir por el ritmo y la rapidez del trabajo, por la cantidad de trabajo, por órdenes contradictorias, por demandas conflictivas, por la necesidad de concentración, por la cantidad de interrupciones y por la dependencia del ritmo de los demás.

Y el control hace referencia al conjunto de recursos que el trabajador tiene para hacer frente a las demandas; viene determinando tanto su nivel de formación y habilidades como su grado de autonomía y de participación en la toma de decisiones sobre aquellos aspectos que afectan a su trabajo.

De acuerdo con el modelo, el alto estrés se produce cuando se dan conjuntamente las condiciones de alta demanda psicológica y bajo control de la toma de decisiones

Para. (Karasek, 1979), las situaciones que provocan el estrés :(baja demanda y alto control), activo (alta demanda y alto control) y pasivo (baja demanda y bajo control). Por tanto, el estrés laboral surge cuando las demandas del trabajo son altas, y al mismo tiempo, la capacidad de control de la misma (por falta de recursos) es baja (Este modelo se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedad coronaria, con trastornos psicológicos y con trastornos musculo esqueléticos, sobre todo en las extremidades superiores (Collins, Karasek y Costas, 2005.

b) Modelo de Interacción entre Demandas, Control y Apoyo Social.

Johnson y Hall (1988) y Karasek y Theorell (1990), amplían el modelo de interacción demandas-control, introduciendo la dimensión de apoyo social como moduladora, de tal forma que un nivel alto de apoyo social en el trabajo disminuye el efecto del estrés, mientras un nivel bajo lo aumenta.

El tercer factor modificador es la cantidad y calidad de apoyo social que pueden dar los superiores y compañeros de trabajo. Cuando existe, y es adecuado puede atenuar parte del potencial del estresor generado por la combinación de las altas demandas o exigencias y el bajo control.

Desde este modelo la prevención del estrés laboral se evitaría optimizando las exigencias laborales, aumentando el control del trabajador sobre sus condiciones laborales e incrementando el apoyo social de jefes, subordinados.

En el apoyo social unos autores (Schaefer y otros, 1982), han distinguido entre el apoyo emocional, tangible e informacional y, otros, como House (1981), diferenciaron entre apoyo emocional (son las muestras de empatía, amor y confianza), instrumental (son las conductas o acciones tangibles dirigidas a solucionar el problema concreto de la persona receptora), informativo (consiste en la información útil que se recibe para afrontar el problema) y valorativo (es información de autoevaluación o para las comparaciones sociales).

En todo caso, el apoyo social está integrado por cuatro factores: orientación directiva, ayuda no directiva, interacción social positiva y ayuda tangible (Barrera y Ainlay, 1983).

Por tanto, el apoyo social en el trabajo hace referencia a las relaciones interpersonales entre los compañeros, y entre los subordinados y los jefes, y puede verse influido e influir en los cambios en la organización y en el clima laboral.

c) Modelo de desequilibrio entre demandas, apoyos y restricciones.

El modelo de desequilibrio entre demandas, apoyos y restricciones (Payne y Fletcher, 1983) establece que el estrés laboral es el resultado de la falta de equilibrio entre los tres factores laborales siguientes: demandas laborales (representan las tareas y el ambiente laboral que contiene estímulos técnicos, intelectuales, sociales o económicos), apoyos laborales (vienen dados por el grado con que el ambiente laboral contiene recursos disponibles que resultan relevantes para satisfacer las demandas laborales).

Los apoyos pueden ser de tipo técnico, intelectual, social, económico, etc., y restricciones laborales (limitaciones que dificultan la actividad laboral debido a la carencia de recursos e impiden al trabajador afrontar las demandas).

Según este modelo, el estrés se produce cuando no hay equilibrio entre estos factores laborales. Por tanto, las demandas no son estresantes si el trabajo proporciona buenos niveles de apoyo y bajos niveles de restricciones.

De hecho, las demandas elevadas pueden resultar positivas bajo circunstancias apropiadas ya que, además de resultar estimulantes, permiten la puesta en práctica de las habilidades.

d) Modelo de desajuste entre demandas y recursos del trabajador.

El estrés laboral es debido a la falta de ajuste entre las exigencias y demandas de trabajo a desempeñar y los recursos disponibles del trabajador para satisfacerlas (Harrison, 1978).

Este modelo propone que lo que produce el estrés es un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de los trabajadores para afrontarlas.

e) Modelo orientado a la dirección.

En este modelo, Matteson e Ivancevich (1987), distinguen seis componentes: los estresores, entre los que incluyen no sólo factores organizacionales (factores intrínsecos del puesto, de la estructura y control organizacional, del sistema de recompensa, del sistema de recursos humanos y de liderazgo), sino también los extra-organizacionales (relaciones familiares, problemas económicos, legales, etc.); estos estresores inciden sobre la apreciación-percepción cognitiva de la situación por el trabajador; ésta, a su vez, incide sobre los resultados fisiológicos, psicológicos y de comportamiento.

f) El modelo de esfuerzo-recompensa.

Se produce cuando se presenta un alto esfuerzo y una baja recompensa (Siegrist, 1996). Y ha sido operativizado, centrándose en las variables que lo sustentan: variables de esfuerzo extrínseco, variables de esfuerzo intrínseco y variables de recompensa.

El alto esfuerzo en el trabajo puede ser extrínseco (demandas y obligaciones) o intrínseco (alta motivación con afrontamiento). Y la baja recompensa está en función de tres tipos de recompensas fundamentales: dinero, estima, y control del status.

Este tercer tipo de recompensa refleja las poderosas amenazas producidas por la pérdida de trabajo o degradación en el empleo.

El modelo predice que el estrés laboral se produce porque existe una falta de balance (equilibrio) entre el esfuerzo y la recompensa obtenida.

Siegrist (1996), señala que el estrés laboral se genera a partir de un elevado esfuerzo, un salario inadecuado y un bajo control sobre el propio estatus ocupacional. Y se asume que bajo estas condiciones, tanto la autoestima como el auto eficacia del trabajador estarán seriamente afectados.

### **3.5.3 Apoyo social percibido.**

El apoyo social percibido se refiere a la forma en que las personas perciben los factores sociales como un soporte para el desenvolvimiento de su vida laboral y social. Las personas reciben en su siquis los elementos de su entorno como equilibrantes y facilitadores de salud mental y física, a través de sus directivos, compañeros de trabajo, familiares y amigos. El apoyo social percibido permite elevar la autoestima de la persona que vive muchos ambientes que provocan desanimo, falta de confianza en sí mismo y baja autoestima.

### **3.5.4 Apoyo social estructural.**

Se basa en la estructura social en general y también a las organizaciones que despliegan actividades laborales y sociales para facilitar o no las condiciones humanas de sus colaboradores.

Las experiencias estresantes no ocurren en un vacío sino que se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y económica, la raza, el sexo o la edad. (Pearlin (1989) y Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Los sistemas sociales producen una distribución desigual de los recursos, de las oportunidades y de las situaciones estresantes en los individuos.

El apoyo social estructural también se refiere a los grupos de ayuda, ámbitos de intervención social, clasificaciones sociales de apoyo comunitario, la familia, los grupos de la tercera edad, grupos de adicciones, clubs psicosociales, grupos anónimos, de enfermos mentales o familiares, de personas con enfermedades nerviosas, de drogodependencias y discapacitados, enfermedades crónicas.

### **3.5.5 Definición de integración social.**

Integración social son los estados normativos, simbólicos y materiales en los cuales se ve inmerso el sujeto dentro de su colectivo. Esos estados determinan e influyen en las conductas.

La integración social ha sido punto decisivo en la personalidad, estado de ánimo y conducta del individuo a lo largo de la historia de la Humanidad. Esta compuesta por la posición, papel y desenvolvimiento de la persona en su estado social. El desenvolvimiento laboral es un aspecto importante en la posición social. A este aspecto se suman una serie de características como cualidad económica, raza, sexo, idiosincrasia, inclinaciones políticas, sociales y culturales.

El ser humano necesita sentirse útil y apoyado socialmente, como consecuencia de su integración social.

### **3.6 El Síndrome de Burnout y su relación con la Personalidad.**

El Síndrome de Burnout esta estrechamente relacionado con las características del individuo pues es un padecimiento que se presenta y desarrolla o no de acuerdo a la respuesta emocional de la persona ante las situaciones estresantes de su vida laboral. Se evidencia de acuerdo a la percepción síquica y física individual ante el mundo circundante. Por lo tanto, existencia del padecimiento tiene una relación directa con las características personales. Las investigaciones han arrojado que ciertos tipos de personalidad son propensos para la aparición del síndrome y otros no.

La personalidad determina el tipo de percepción, conducta, reacción y comportamiento de los seres humanos ante los fenómenos estresantes. También influye decisivamente a la repercusión social, laboral y de salud de acuerdo a las estrategias, estilos y modos de enfrentamiento que están predispuestos por el tipo de personalidad. Algunas formas de enfrentamientos son positivos y otros negativos, dando la posibilidad o no de la aparición del padecimiento.

### **3.6.1 Definición de personalidad.**

Personalidad es el conjunto de características propias de una persona que sirve para distinguirla de otra. (Allport, 1937). Es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente.

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

La manera en que cada persona actúa sobre situaciones diversas, nos dice algo sobre su personalidad. En otras palabras, es el modo habitual por el cual cada ser piensa, habla, siente y lleva a cabo alguna acción para satisfacer sus necesidades en su medio habitual.

La personalidad será fundamental para el desarrollo de las demás habilidades del individuo y de la integración con grupos sociales.

Los estudios de la personalidad incluyen la teoría de los rasgos, iniciada por Allport quien expuso su modelo de personalidad fundamentado en la presencia de rasgos centrales y secundarios. Luego, el trabajo estadístico de Cattell identificó dieciséis rasgos básicos en los cuales subyacían otros rasgos superficiales. (Cattell y Dreger, 1977).

Se define al rasgo como *“la tendencia de un individuo a comportarse de una forma consistente en muchas situaciones distintas”* (Brody y Ehrlichman, 2000, pág.29). En ese sentido, se pueden concebir como disposiciones que tienen las personas para comportarse de determinada manera.

### **3.6.2 Tipos de personalidad.**

Descripciones resumidas de cada uno de los Tipos de Personalidad del Eneagrama.  
Descripciones según Don Riso y Russ Hudson:

- El Reformador.- Personas con un alto nivel, de principios éticos, concienzudos, bien/mal.; también quieren hacer el bien pero temen cometer errores. Organizados, ordenados y fastidiosos, derivan en críticos y perfeccionistas.
- El Ayudador.- Individuos empáticos, sinceros, cálidos. Amigables, generosos y sacrificados; también pueden ser sentimentales, halagadores y complacientes les gusta estar cerca de otros y hacer cosas por otros para ser necesitados.
- EL Triunfador.- Sujetos seguros de sí mismos, atractivos y encantadores ambiciosos, competentes y energéticos; conscientes del status y buscan avance personal preocupados de la imagen y lo que los demás piensen de ellos.
- El individualista.- Personas .conscientes de sí mismos, sensibles, reservados y callados. Se muestran, emocionalmente honestos, y personales; también pueden ser temperamentales y egocéntricos.
- El Investigador.- Con alta capacidad de concentración y foco en el desarrollo de ideas y destrezas complejas. Independientes e innovadores; pueden volverse preocupados con sus pensamientos y construcciones imaginarias: Pioneros visionarios, adelantados a su tiempo y capaces de ver el mundo de una forma completamente distinta.
- El Leal.-Individuo comprometido, orientado a la seguridad. Confiables, trabajadores y responsables; pueden ponerse a la defensiva, evasivos y altamente ansiosos, estresándose y quejándose. Usualmente precavidos e indecisos, pueden ser reactivos, desafiantes y rebeldes.
- El Entusiasta.- Sujetos que expresan optimismo y espontáneos. Juguetones, espíritu en alto y prácticos; pueden abarcar mucho, dispersos y poco disciplinados. Buscan experiencias nuevas y excitantes, pero se distraen y cansan en el camino.
- El Desafiador.- Personas confiadas en sí mismos, fuertes y asertivos, llenos de recursos y decididos; pueden ser orgullosos y dominantes. Sienten que deben controlar el entorno, tornándose confrontaciones e intimidantes.
- El Pacificador.- Sujetos confiados y estables. De buena naturaleza, buenos, fáciles y apoyadores; pueden estar demasiado dispuestos a seguir la corriente a otros para mantener la paz. Quieren que nada implique conflicto pero tienden a ser complacientes y minimizar todo aquello que lo altere. Problemas con pasividad y porfiadez. En su mejor estado: intensamente vivos y conectados con ellos mismos y otros.



### **3.6.3 Patrones de conducta.**

Los patrones de conducta son normas de carácter específico que sirven de guía para orientar la acción ante circunstancias específicas y son los siguientes:

- Patrones dramáticos: Aparentemente la vida de estas personas amenaza con ser apacible, sin embargo de manera inesperada surge algún problema que le altera su estado de ánimo.
- Patrones de accidentes: Ciertas personas son reiterativas en los momentos tristes (sufren accidentes) como si estuvieran buscándolos a propósito
- Patrones de enfermedad: Varias personas se enferman cada vez que se les presenta una oportunidad.
- Patrones de desorden: Se refiere a personas propensas al desorden, de una forma subconsciente parece ser la única forma de entender su vida alejado del orden y la organización.
- Patrones de quiebra: El dinero no alcanza porque se gasta antes de ganarlo no es cuestión del dinero que se gana si no de lo que hacen con él.
- Patrones de indispensabilidad: Parece que la persona es imprescindible cuando no se encuentran presente, todo se convierte en un caos.
- Patrones de cambio de empleo: Se da con frecuencia y es muy común ver persona que están pasando de un trabajo a otro; el trabajo que se desempeñen halla persistentemente algún motivo para renunciar a él.

Siempre existe resistencia al cambio: Cambiar nuestros patrones de vida, provoca temor siempre que decidimos cambiar enfrentamos resistencia, tiene que estar preparado para el cambio de ambiente y de tareas.

La formación de patrones: Desde que nacemos emprendemos a desarrollar patrones de comportamiento con el mundo exterior a través de nuestros padres, su influencia refleja nuestra experiencia al lado de ellos.

Personalmente creo que no tenemos por qué resignarnos a vivir siempre con nuestros actuales patrones de comportamiento debemos pensar siempre positivamente en sí mismo y en nuestra nivel de vida. Prometernos hablar siempre bien de si mismo e imaginar una nueva vida dando lugar a la existencia nuevos patrones de felicidad.

### 3.6.4 El locus de control.

Según la etimología del término locus tiene su raíz en el latín que significa: lugar, el lugar de control se encuentra ya sea externo o interno.

Un factor de gran importancia en la personalidad y habilidad de cada individuo es lo que llaman locus de control, el cual se refiere a la ubicación que cada persona da a la causa o control de su experiencia o forma de vida.

- 1) Como rasgo de personalidad.- Es la emoción de una persona de lo que determina (controla) el rumbo de su vida. Es el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es interno o externo a él.

El locus de control es un rasgo de personalidad propuesto a partir de la teoría del aprendizaje social por Julián B. Rotter y Murly en 1965, y posteriormente reformulado por Rotter en 1966.

En lugar de tratar el Locus de Control como un rasgo unidimensional de la personalidad, este autor analiza su presencia en tres áreas principales de la vida: los logros personales, las relaciones interpersonales y el mundo socio-político.

- 2) La evaluación del Locus de Control.- Es una medición de la capacidad de control y autocontrol, hasta qué punto los sujetos logran controlarse ante eventos sociales o de lo contrario cómo son influenciados por estos en su actuar.

Los Tipos de locus de control son: internos y externos. A continuación se explica cada uno de ellos.

- a) Locus de control interno: Percepción del sujeto que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones, es decir la percepción que él mismo controla su vida, confía en sus habilidades y su capacidad y asume sus propias metas hasta alcanzarlas a través del ensayo, de la practica etc. Tal persona valora positivamente el esfuerzo, la habilidad y responsabilidad personal.
- b) Locus de control externo: Percepción del sujeto que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros. Así, el LC externo es la percepción de que los eventos no tienen relación con el propio

desempeño, es decir que los eventos no pueden ser controlados por esfuerzo y dedicación propios. Tal persona se caracteriza por atribuir méritos y responsabilidades principalmente a otras personas.

En conclusión, los tipos de locus de control interno y externo afectan de alguna manera a la persona por ejemplo los trabajadores que sus éxitos y fracasos los basan en su capacidad y esfuerzo manifestando el alto nivel de responsabilidad y conciencia propia es decir, causas internas. Y trabajadores que depositan sus logros en causas como el azar, la influencia de los amigos, familiares, es decir basadas en causas externas, las mismas que el individuo puede controlarlas.

## 4. METODOLOGÍA

### a. Diseño de Investigación.

Para este estudio se adoptó un diseño de investigación compuesto por métodos de encuesta. La encuesta es la estrategia metodológica comprobada científicamente hace años y adecuada para este caso, donde se pretende recopilar información de quince médicos y quince enfermeras.

De esa forma, se determinaría la existencia o no del Síndrome de Burnout de acuerdo básicamente a las tres sub-escalas del MBI: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

También a través de otras 4 encuestas se profundizó en datos de los componentes de la muestra para una mejor conclusión en las evaluaciones individuales de los médicos y enfermeras del hospital Huaquillas. Tal es el caso del Cuestionario de salud, el cual desmenuzó e identificó la evaluación mental y física por cada uno y de manera global. Se determinó si el individuo se encontraba sano o con disturbios propios del Síndrome de Burnout.

La utilización de las encuestas permitió hacer una descripción personal en cuanto a edad, estado civil, sexo, número de hijos, años de experiencia profesional, tiempo y calidad de contacto con pacientes y familiares de los pacientes y lugar físico de actividad laboral. Muy importante fueron las respuestas en cuanto a satisfacción laboral y en la relación con los compañeros de trabajo, amigos y familiares en los resultados del Cuestionario socio-demográfico y laboral.

Además fue de gran utilidad conocer los rasgos individuales de personalidad, modos de afrontamiento y el grado de apoyo social de los integrantes de la muestra ante las situaciones estresantes para poder proponer aquellos aspectos en los cuales debe trabajar o reafirmar cada participante de la muestra investigativa.

La investigación se caracteriza por ser cuantitativa porque se contó con la información numérica de los instrumentos utilizados y en esa contabilidad se basó el análisis para las conclusiones. Es no experimental porque fue realizada sin la manipulación de

variables que se observaron tal como sucedió en la realidad. Es transaccional pues permitió analizar el nivel o estado de variables del Síndrome de Burnout en el tiempo actual de la investigación.

Este estudio es exploratorio, porque especificó un espacio y un momento específico para realizar la exploración. Y es descriptivo porque seleccionó una serie de cuestiones, las cuales se midieron y se recolectó información que sirvió como base de la información para posteriormente describir y concluir acerca del tema en cuestión.

### **b. Instrumentos.**

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

- **Cuestionario de MBI.**- Detectó y midió la existencia del Síndrome de Burnout en el individuo. Plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo, por medio de tres escalas que son:
  - a. Agotamiento Personal (puntuaciones altas indica que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo)
  - b. Despersonalización (puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo)
  - c. Realización Personal (indica el grado de realización, logro y auto-eficiencia percibida por el individuo; es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con la existencia del Síndrome de Burnout).
- **Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.**- Recolectó datos personales y laborales pertinentes en el estudio del Síndrome de Burnout. 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 este estudio.
- **Cuestionario GHQ-28** (Versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldber, 1970): Consta de 28 ítems para identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del sujeto participante en la muestra. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida. Evalúa mediante cuatro sub-escalas que son:

- a. Síntomas Psicosomáticos (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 (sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte).
- **Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF –COPE).**- Creado en 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping, utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzada publican versión abreviada adaptada y validada en la población Española, la cual utilizamos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems para evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. Las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:
- a. Afrontamiento Activo (actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés).
  - b. Planificación (pensar y analizar cómo hacer frente al estresor, planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo).
  - c. Auto- Distracción (disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos).
  - d. Apoyo Instrumental (la búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación).
  - e. Apoyo Emocional (buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía); Reinterpretación Positiva (tomar la situación estresante como una oportunidad para crecer y mejorar).
  - f. Aceptación (tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real).
  - g. Negación (rechazar la realidad de la situación fuente de estrés).
  - h. Religión (el aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés).
  - i. Autoinculpación (criticarse y culpabilizarse a sí mismo por la situación estresante).

- j. Desahogo (la expresión o descarga de sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre).
  - k. Desconexión Conductual (abandonar o reducir los esfuerzos para superar y sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar las metas con las que el estresor interfiere).
  - l. Uso de Sustancias (utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla).
  - m. Humor (hacer burlas y reírse de la situación estresante).
- **Cuestionario MOS de Apoyo Social.**- Los creadores del instrumento fueron Sherbourne y Cols, en 1991. Es un cuestionario auto administrado, multidimensional de 20 ítems para investigar la amplitud de la red social del individuo (un índice global) y en particular, en cuatro dimensiones que son:
- a. Apoyo Emocional: posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
  - b. Apoyo Material o Instrumental: contar con ayuda doméstica.
  - c. Relaciones Sociales de Ocio o Distracción: incluye contar con otras personas para comunicarse.
  - d. Apoyo Afectivo: demostraciones de amor, cariño y simpatía.
- **Cuestionario de EPQR-A.**- A través de 24 ítems se evalúa la personalidad de los investigados mediante cuatro factores:
- a. Neurotismo: puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta esta escala permite medir si el sujeto es neurótico o estable.
  - b. Extraversión: puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo optimista, abierto al cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
  - c. Psicotismo: el individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad baja empatía, conflictividad es decir un pensamiento duro.

- d. Sinceridad: evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, busca dar una buena impresión mide el grado de veracidad de las respuestas.

La aplicación de estos instrumentos, permitió argumentar el soporte teórico en base a los resultados obtenidos, en el trascurso de la investigación.

### **c. Recolección de datos.**

La recolección de datos fue posible a través de las técnicas y herramientas de la investigación que fueron aplicadas con la finalidad de detectar el Síndrome de Burnout. Fuente de información fueron los archivos del centro de salud de Huaquillas N.-7, a través del departamento del talento humano. Las autoridades me facilitaron la nómina de los profesionales médicos y enfermeras, para posteriormente dialogar con cada uno de ellos en las áreas de trabajo del hospital.

Luego duplicamos los cuestionarios para el número de los encuestados que fueron un total de 30 profesionales.

Los datos recogidos en los cuestionarios, fueron manejados con responsabilidad y ética profesional. Por otra parte, este es el primer estudio de este fenómeno con una muestra en la institución sanitaria antes mencionada.

Una vez obtenida la información, se procedió al análisis y argumentación de los resultados para luego plantear recomendaciones para el personal que labora en el hospital a través de los Informes Psicológicos.



## 5. RESULTADOS.

Luego de la aplicación de los Instrumentos a los profesionales de la salud: 15 médicos y 15 enfermeras del Hospital Básico de Huaquillas, se recopilaron los siguientes resultados.

Resultados socio-demográficos y laborales de los investigados sin Síndrome de Burnout. Datos personales.

Tabla 1

<b>MÉDICOS SIN BURNOUT</b>			<b>ENFERMERAS SIN BURNOUT</b>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Género</b>			<b>Género</b>		
Masculino	9	60%	Masculino	0	0%
Femenino	6	40%	Femenino	15	100%
<b>Zona de vivienda</b>			<b>Zona de vivienda</b>		
Urbana	14,00	93,33	Urbana	15,00	100,00
Rural	1,00	6,67	Rural	0,00	0,00
<b>Etnia</b>			<b>Etnia</b>		
Mestizo	14,00	93,33	Mestizo	15,00	100,00
Blanco	1,00	6,67	Blanco	0,00	0,00
Afroecuato	0,00	0,00	Afroecuato	0,00	0,00
Indígena	0,00	0,00	Indígena	0,00	0,00
<b>Estado civil</b>			<b>Estado civil</b>		
Soltero	3,00	20,00	Soltero	4,00	26,67
Casado	7,00	46,67	Casado	10,00	66,67
Viudo	0,00	0,00	Viudo	0,00	0,00
Divor/sepa	2,00	13,33	Divor/sepa	0,00	0,00
Unión libre	3,00	20,00	Unión libre	1,00	6,67
<b>¿Con quién vive?</b>			<b>¿Con quién vive?</b>		
Solo	5,00	33,33	Solo	3,00	20,00
Con mas personas	10,00	66,67	Con mas personas	12,00	80,00
<b>Remuneración Salarial</b>			<b>Remuneración Salarial</b>		
Diaria	4,00	26,67	Diaria	1,00	6,67
Semanal	2,00	13,33	Semanal	1,00	6,67
Quincenal	0,00	0,00	Quincenal	0,00	0,00

Mensual	9,00	60,00	Mensual	13,00	86,67
No recibe	0,00	0,00	No recibe	0,00	0,00
<b>Valor Salarial</b>			<b>Valor Salarial</b>		
0 -1000	6,00	40,00	0 -1000	10,00	66,67
1001 -2000	8,00	53,33	1001 -2000	5,00	33,33
2001 - 3000	1,00	6,67	2001 - 3000	0,00	0,00
3001 - 4000	0,00	0,00	3001 - 4000	0,00	0,00
4001 - 5000	0,00	0,00	4001 - 5000	0,00	0,00
5001 - 6000	0,00	0,00	5001 - 6000	0,00	0,00

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral del Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados de los médicos, el 60% son de género masculino, y el 40% de género femenino. Se incluyen entre la edades de 29 y 50 años. Solo el 46% tienen estado civil de casado. Todos los médicos trabajan en una zona urbana, representa un 100%. La remuneración que recibe en forma mensual es un 60%.

El grupo de enfermeras es 100% de género femenino y trabaja en la zona urbana. El 66,66% son casadas y el 26,66% son solteras. Su edad oscila entre 23 y 44 años. Reciben una remuneración mensual el 86,66%. Todas viven bien con su pareja y recibe cariño de sus hijos. Tienen factores positivos y protectores ante el estrés.

Resultados socio-demográficos y laborales de los investigados sin Síndrome de Burnout. Datos Laborales.

Tabla 2

<b>MÉDICOS SIN BURNOUT</b>			<b>ENFERMERAS SIN BURNOUT</b>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Tipo de trabajo</b>			<b>Tipo de trabajo</b>		
T. Completo	12,00	80,00	T. Completo	11,00	73,33
T. Parcial	3,00	20,00	T. Parcial	4,00	26,67
<b>Sector de trabajo</b>			<b>Sector de trabajo</b>		

Público	8,00	53,33	Público	14,00	93,33
Privado	5,00	33,33	Privado	0,00	0,00
Ambos	2,00	13,33	Ambos	1,00	6,67
<b>Tipo de contrato</b>			<b>Tipo de contrato</b>		
Eventual	0,00	0,00	Eventual	4,00	28,57
Ocasional	4,00	28,57	Ocasional	3,00	21,43
Plazo fijo	4,00	28,57	Plazo fijo	1,00	7,14
Indefinido	3,00	21,43	Indefinido	6,00	42,86
Serv. Profes	0,00	0,00	Serv. Profes	0,00	0,00
Ninguno	3,00	21,43	Ninguno	0,00	0,00
<b>Turnos</b>			<b>Turnos</b>		
Vespertino	8,00	18,18	Vespertino	0,00	0,00
Matutino	14,00	31,82	Matutino	13,00	39,39
Nocturno	8,00	18,18	Nocturno	4,00	12,12
Fin de Sem	8,00	18,18	Fin de Sem	7,00	21,21
Rotativo	6,00	13,64	Rotativo	9,00	27,27
<b>% de pacientes diarios</b>			<b>% de pacientes diarios</b>		
Ninguno	0,00	0,00	Ninguno	0,00	0,00
0,25	0,00	0,00	0,25	1,00	6,67
25 - 50 %	4,00	26,67	25 - 50 %	4,00	26,67
50 - 75 %	9,00	60,00	50 - 75 %	9,00	60,00
75 - 100 %	2,00	13,33	75 - 100 %	1,00	6,67
<b>Tipos de pacientes</b>			<b>Tipos de pacientes</b>		
Oncológicos	3,00	4,84	Oncológicos	1,00	3,23
Psiquiátricos	2,00	3,23	Psiquiátricos	1,00	3,23
Renales	6,00	9,68	Renales	2,00	6,45
Quirúrgicos	13,00	20,97	Quirúrgicos	6,00	19,35
Cardiacos	6,00	9,68	Cardiacos	2,00	6,45
Neurológicos	4,00	6,45	Neurológicos	1,00	3,23
Diabéticos	8,00	12,90	Diabéticos	8,00	25,81
Emergencias	13,00	20,97	Emergencias	9,00	29,03
Intensivos	2,00	3,23	Intensivos	0,00	0,00
Otros	5,00	8,06	Otros	1,00	3,23
<b>Pacientes con riesgo de muerte</b>			<b>Pacientes con riesgo de muerte</b>		
Si	10,00	66,67	Si	8,00	57,14
No	5,00	33,33	No	6,00	42,86
<b>Pacientes fallecidos</b>			<b>Pacientes fallecidos</b>		
Si	6,00	40,00	Si	2,00	14,29
No	9,00	60,00	No	12,00	85,71

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral del Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los doctores tienen un porcentaje de pacientes fallecidos (40%) y de pacientes con riesgo de muerte (66,67%) que las enfermeras (14,29% y 57,14% respectivamente).

No es ostensible la diferencia entre ambos grupos en relación con el tiempo de trabajo que realizan (prima el completo con el 80% en médicos y 73,33% en enfermeras sobre el parcial con el 20% en galenos y 26,67% en enfermeras); pero si en el sector de trabajo pues en las enfermeras prima el sector público con el 93,33% en relación con los médicos con el 53,33 pero los galenos tienen el 33,33% de trabajo privado y el 13% de ambos sectores de trabajo donde las enfermeras solo tienen el 6,67%

El 20% de los médicos se encuentran estudiando maestrías y todos son profesionales. Los años de experiencia laboral están entre 2 y 26. El 42% dispone de un contrato de trabajo indefinido y el 54% de contrato fijo lo que indica que el profesional de la salud se encuentra actualizándose para brindar un mejor servicio a sus pacientes y de que su tipo de trabajo les brinda estabilidad laboral, emocional y social. Aunque este grupo tiene un porcentaje mas alto de pacientes fallecidos (40%) que las enfermeras (14,29%), uno de las principales estresores, y los galenos tienen también más pacientes con riesgos de muerte (66,67%) que las enfermeras (57,14).

Mientras, el 100% de las enfermeras son profesionales y el 30% de ellas estudian. La experiencia de trabajo es de 14 a 19 años. El mayor porcentaje de tipos de contrato es indefinido, eventual y ocasional en ese orden, pero prima el indefinido con el 42,55%.

Resultados socio-demográficos y laborales de los investigados sin Síndrome de Burnout. Datos Laborales.

Tabla 1

MÉDICOS SIN BURNOUT	ENFERMERAS SIN BURNOUT
---------------------	------------------------

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Recursos necesarios</b>			<b>Recursos necesarios</b>		
Totalmente	3,00	20,00	Totalmente	3,00	20,00
Medianamente	10,00	66,67	Medianamente	11,00	73,33
Poco	2,00	13,33	Poco	1,00	6,67
Nada	0,00	0,00	Nada	0,00	0,00
<b>Permisos</b>			<b>Permisos</b>		
Si	6,00	40,00	Si	6,00	42,86
No	9,00	60,00	No	8,00	57,14
<b>Causas para los permisos</b>			<b>Causas para los permisos</b>		
Capacitación	6,00	66,67	Capacitación	0,00	0,00
Prob. de Salud	2,00	22,22	Prob. de Salud	1,00	20,00
Situac. Familiar	1,00	11,11	Situac. Familiar	4,00	80,00
Otros	0,00	0,00	Otros	0,00	0,00
<b>Turnos</b>			<b>Turnos</b>		
Vespertino	8,00	18,18	Vespertino	0,00	0,00
Matutino	14,00	31,82	Matutino	13,00	39,39
Nocturno	8,00	18,18	Nocturno	4,00	12,12
Fin de Sem	8,00	18,18	Fin de Sem	7,00	21,21
Rotativo	6,00	13,64	Rotativo	9,00	27,27

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral del Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar.

## ANALISIS E INTERPRETACION

En cuanto a los médicos, el 66, 67% se siente medianamente apoyado en los recursos necesarios; solo el 40 % pide permisos de ausencia por motivos fundamentalmente de superación profesional (66%) y problemas de salud (22%); el 31% tiene turno matutino y el resto del porcentaje se distribuye en turnos vespertinos, nocturnos, rotativos y de fin de semana.

En cuanto a las enfermeras, el 73% se siente medianamente apoyada en los recursos necesarios para el ejercicio profesional; el 42% solicita permisos de ausencia laboral por el 80% de situaciones familiares y el 20% de problemas de salud; el 39% realiza

turnos vespertinos, el 27% hace turnos rotativos, el 21% labora fines de semana, y el 12% hace turnos nocturnos.

La satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las buenas condiciones de trabajo, disminuye los riesgos de estrés de los médicos y enfermeras.

Resultados socio-demográficos y laborales de los investigados sin Síndrome de Burnout. Valoración laboral.

**Tabla 2**

<b>VALORACIÓN LABORAL</b>	<b>NADA</b>		<b>POCO</b>		<b>BASTANTE</b>		<b>TOTALMENTE</b>	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>MÉDICOS</b>								
¿Cuán valorado por sus pacientes?	0	0	0	0	7	46,66	8	53,33
¿Cuán valorado por los familiares de los pacientes?	0	0	1	6,66	2	13,33	12	80
¿Cuán valorado por sus compañeros de trabajo?	2	13,33	1	6,66	5	33,33	7	46,66
¿Cuán valorado por los directivos de la institución?	0	0	0	0	9	69,23	4	30,76
<b>ENFERMERAS</b>								
¿Cuán valorado por sus pacientes?	0	0	1	6,66	10	66,66	4	26,66
¿Cuán valorado por los familiares de los pacientes?	0	0	2	13,33	9	60	4	26,66
¿Cuán valorado por sus compañeros de trabajo?	0	0	3	20	9	60	3	20
¿Cuán valorado por los directivos de la institución?	0	0	2	13,33	9	60	4	26,66

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral del Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

El 53,33% de los médicos se sienten totalmente valorados por sus pacientes y el 46% bastante valorados. El 80% se siente totalmente valorado por la familia de los pacientes y solo un 6% se siente poco valorado. El 46,66% se siente totalmente reconocido por sus compañeros de trabajo y solo un 6% percibe poca valoración en ese sentido.

Ahora bien, solo el 30,76% se siente totalmente valorado por los directivos de la institución pero el 69,23% se siente bastante valorado por sus dirigentes. Los datos indican que desarrollan el trabajo en un ambiente de cordialidad, comunicación y apoyo social favorable.

Por su parte, las enfermeras solo en un 26,66% se siente totalmente valorada por sus pacientes, pero el 66,66% de las enfermeras perciben bastante valoración por sus pacientes. En cuanto a los familiares de los pacientes, el 26,66% de las enfermeras se siente totalmente valorada, el 60% bastante y solo el 13,33% percibe poca valoración por la familia de los pacientes.

Por sus compañeras de profesión, el 60% se siente bastante valorada, un 20% totalmente y otro 20% poco. De parte de los directivos de la institución también el 60% se siente bastante valorado en el colectivo de enfermeras. El 26,66% totalmente y solo el 13,33% poco.

Los datos indican que la valoración laboral es favorable y contribuye a fortalecer la buena interrelación social con pacientes, familiares, compañeros de trabajo y directivos.

Resultados socio-demográficos y laborales de los investigados sin Síndrome de Burnout. Nivel de satisfacción laboral.

**Tabla 5**

<b>NIVEL DE SATISFACCIÓN LABORAL</b>	<b>NADA</b>		<b>POCO</b>		<b>BASTANTE</b>		<b>TOTALMENTE</b>	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>MÉDICOS</b>								
¿Está satisfecho con el trabajo que	0	0	5	33,33	0	0	10	66,67

realiza?								
¿Está satisfecho con su interacción con los pacientes?	0	0	1	6,66	3	20	11	73,33
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos?	1	6,66	6	42,85	3	21,42	4	28,57
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	0	0	2	14,28	8	57,14	4	28,57
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia?	0	0	1	6,66	4	26,66	10	66,66
¿Está satisfecho con su situación económica?	2	13,33	3	20	5	33,33	5	33,33
<b>ENFERMERAS</b>								
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	0	0	0	0	3	20	12	80
¿Está satisfecho con su interacción con los pacientes?	0	0	1	6,66	7	46,66	7	46,66
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos?	0	0	4	26,66	6	40	5	33,33
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	0	0	3	20	6	40	6	40
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia?	0	0	2	13,33	4	26,66	9	60
¿Está satisfecho con su situación económica?	0	0	4	26,66	7	46,66	4	26,66

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral del Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar.

## ANÁLISIS E INTERPRETACION

El 66,67% de los médicos están totalmente satisfechos con el trabajo que realizan y solo el 33,33% están poco satisfechos. Con los pacientes, el 73,33% de galenos están totalmente satisfechos, solo el 6,66% está poco satisfecho en su relación médico-paciente.

El 42,85% está poco satisfecho con el apoyo brindado por los directivos, pero el 28,57% está totalmente satisfecho, el 21,42% está bastante satisfecho y solo el 6,66% está nada satisfecho.

El 57,14% de los galenos está bastante satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo, el 28,57% está totalmente, solo el 14,28% está poco satisfecho.

En cuanto a la valoración global de su experiencia profesional, el 66,66% está totalmente satisfecho, dato muy importante, el 26,66% bastante y solo el 6,66% poco.



Un 33,33% de los médicos están totalmente satisfechos con su ingreso económico y otro 33,33% bastante, el 20% poco y solo el 13,33% nada. Por lo tanto, el nivel de satisfacción laboral es alto en los médicos de la muestra.

El 80% de enfermeras están totalmente y el 20% bastante satisfechas con el trabajo que realiza. En el trabajo con los pacientes, un 46,66% esta totalmente saitsfechas y otro 46,66% esta bastante. 40% esta bastante satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos, el 33,33% totalmente y solo el 26,66% poco satisfechas.

En cuanto a la colaboracion con los compañeros de trabajo, un 40% de las enfermeras estan totalmente satisfechas, otro 40% bastante y solo un 20% poco. El 60% esta totalmente satisfechas con la valoracion global de su experiencia profesional, el 26,66% bastante y solo el 13,33% poco.

El 46,66% de las enfermeras estan bastante satisfechas con la situación económica que viven, el 26,66% totalmente y otro 26,66 poco. Los datos estan descritos con minuciosidad, por la importancia de estos para valorar la no existencia del Síndrome de Burnout y porque corroboran que el nivel de satisfacción laboral en medicos y enfermeras es positivo. Por tal motivo, no es causa de estrés laboral. En caso contrario, la victima del padecimiento expresa sentimientos negativos hacia las personas con las cuales trabaja y hacia la labor profesional que realiza.

#### Resultados del Cuestionario MBI. Agotamiento emocional.

**Tabla 1**

<b>MÉDICOS/AS SIN BURNOUT</b>			<b>ENFERMERAS/AS SIN BURNOUT</b>		
<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>			<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Bajo	10,00	66,67	Bajo	15	100
Medio	2,00	13,33	Medio	0	0
Alto	3,00	20,00	Alto	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

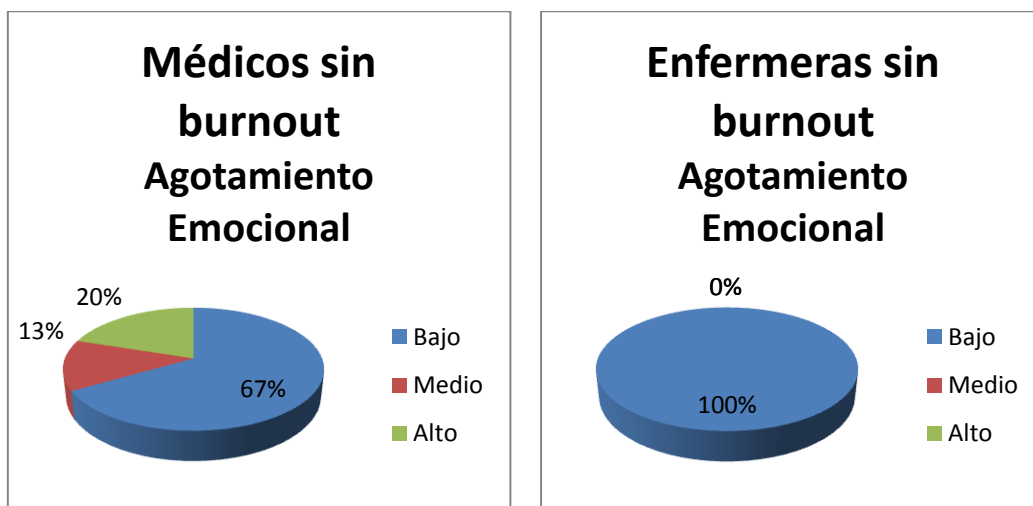
Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MBI. Agotamiento emocional del Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

El 66,67% de los galenos tienen Bajo Agotamiento emocional, el 13,33% tienen Medio y el 20% de los médicos tienen Alto agotamiento emocional, en contraste con las enfermeras que tienen en su totalidad Bajo Agotamiento emocional.

**Gráfico 1.** Resultados del Cuestionario MBI. Agotamiento Emocional.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MBI. Agotamiento emocional del Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar.

En el Gráfico 1 se puede constatar que prima el Bajo Agotamiento emocional en médicos y enfermeras.

Resultados del Cuestionario MBI. Despersonalización.

**Tabla 2**

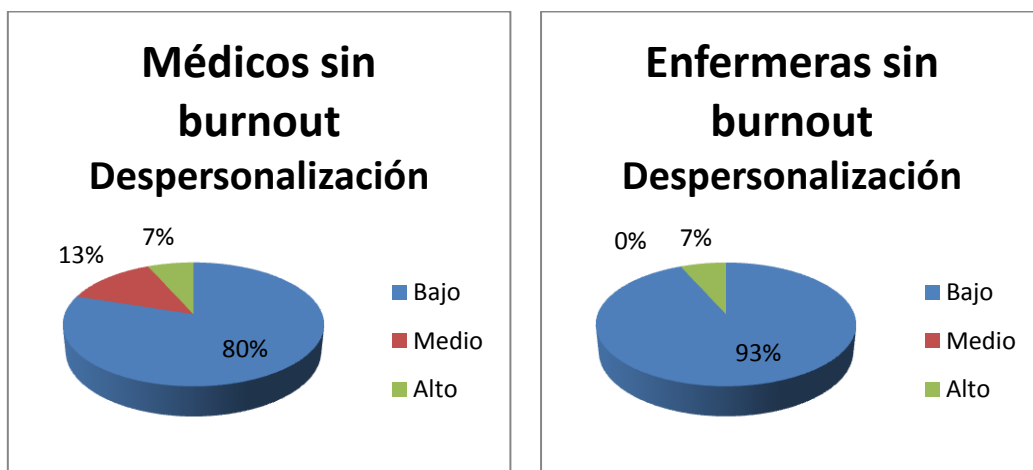
MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMERAS/AS SIN BURNOUT		
DESPERSONALIZACIÓN			DESPERSONALIZACIÓN		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Bajo	12,00	80,00	Bajo	14,00	93,33
Medio	2,00	13,33	Medio	0,00	0,00
Alto	1,00	6,67	Alto	1,00	6,67
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MBI. Despersonalización del Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar.

El 80% de los galenos tienen Baja Despersonalización, el 13,33 Media y el 6,67% Alta. Las enfermeras registraron el 93,33% de Baja Despersonalización, y el 6,67% de Alta.

**Gráfico 2.** Resultados del Cuestionario MBI. Despersonalización.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MBI. Despersonalización. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

En el Gráfico 2 se comprueba que la mayoría de los integrantes de la muestra tienen Baja Despersonalización.

Resultados del Cuestionario MBI. Realización personal.

**Tabla 3**

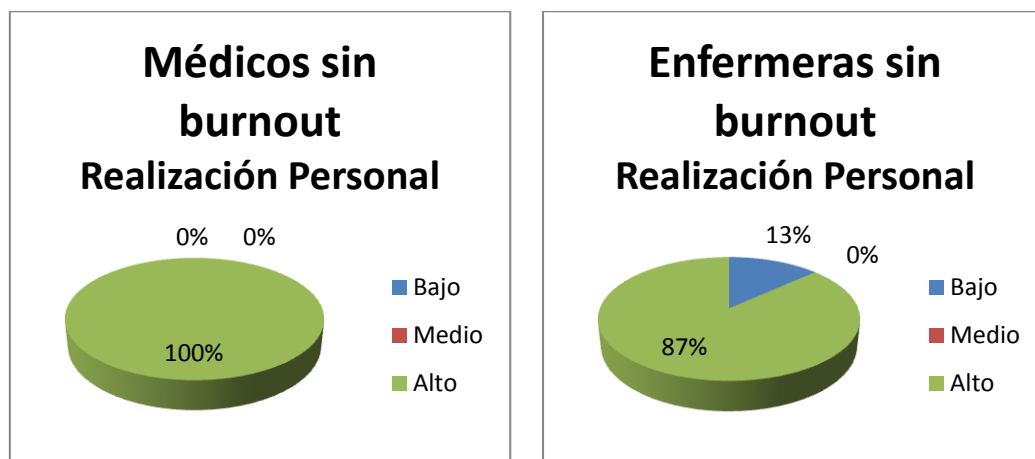
MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMERAS/AS SIN BURNOUT		
REALIZACIÓN PERSONAL			REALIZACIÓN PERSONAL		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Bajo	0	0	Bajo	2,00	13,33
Medio	0	0	Medio	0,00	0,00
Alto	15	100	Alto	13,00	86,67
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MBI. Realización personal. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar.

El 100% de médicos y el 86,67% de enfermeras tienen Alta Realización Personal.

**Gráfico 3.** Resultados del Cuestionario MBI. Realización personal.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MBI. Realización personal. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

El Gráfico 3 muestra como el mayor porcentaje de médicos y enfermeras tienen alta Realización personal. Solo un 13% de enfermeras resultaron con Baja Realización personal.

Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Síntomas somáticos.

**Tabla 1**

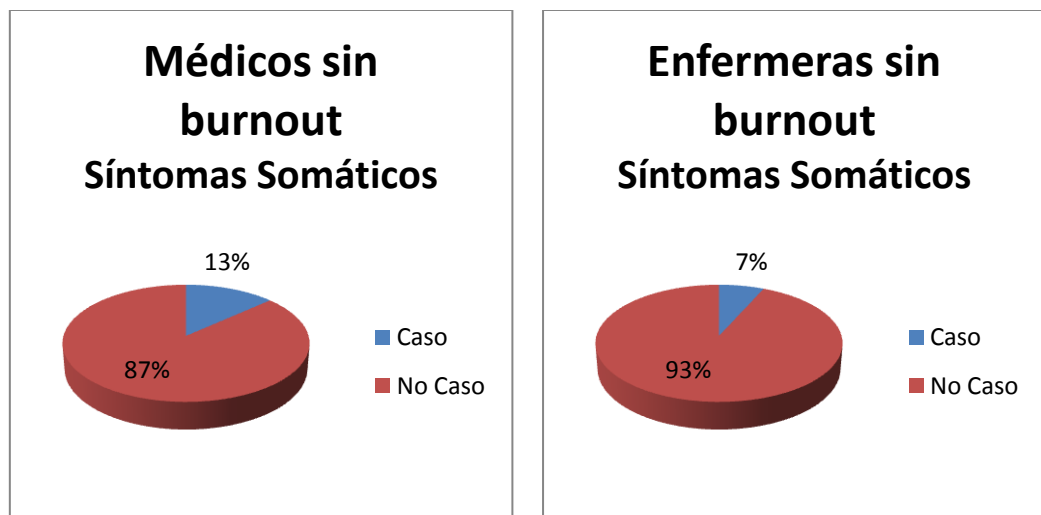
MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMERAS/AS SIN BURNOUT		
SÍNTOMAS SOMÁTICOS			SÍNTOMAS SOMÁTICOS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Caso	2	13,33	Caso	1	6,67
No Caso	13	86,67	No Caso	14	93,33
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

### A. Síntomas somáticos

En el grupo de médicos el 86,67% resultado no padecen síntomas somáticos, al igual que el 93,33% de enfermeras.

**Gráfico 1.** Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. Síntomas somáticos.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

El Gráfico 1 ilustra que el mayor porcentaje de los participantes en la muestra resultó No Caso de Síntomas Somáticos. Solo un 13% de médicos y un 7% de enfermeras se presentaron como Caso.

Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. Ansiedad.

### Tabla 2

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMERAS/AS SIN BURNOUT		
ANSIEDAD			ANSIEDAD		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Caso	5	33,33	Caso	1	6,67
No Caso	10	66,67	No Caso	14	93,33
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

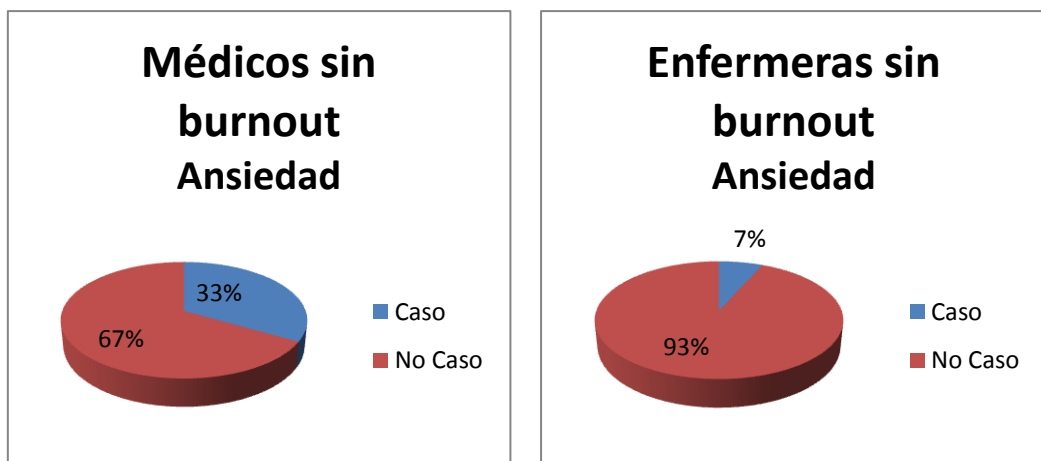
Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar.

### B. Ansiedad.

El 66,67% de médicos y el 93,33% de enfermeras son presentan Ansiedad.

**Gráfico 2.** Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. Ansiedad.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

El Gráfico 2 muestra que la mayoría de los integrantes de la muestra no presentan Ansiedad. Como Caso corresponde solo el 33% de médicos y el 7% de enfermeras.

Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Disfunción social.

**Tabla 3**

<b>MÉDICOS/AS SIN BURNOUT</b>			<b>ENFERMERAS/AS SIN BURNOUT</b>		
<b>DISFUNCIÓN SOCIAL</b>			<b>DISFUNCIÓN SOCIAL</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Caso	0	0	Caso	0	0
No Caso	15	100	No Caso	15	100
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

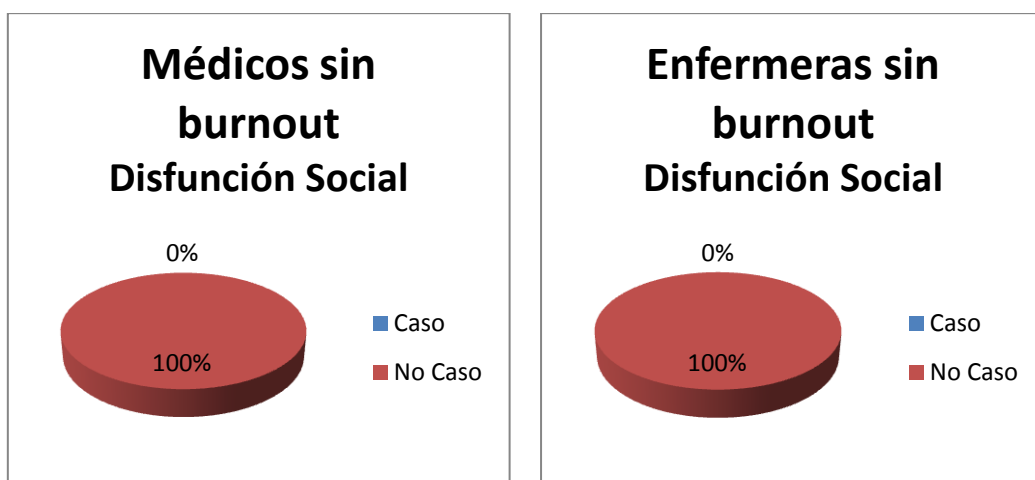
Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

### **C. Disfunción social.**

El 100% de los encuestados son No Caso de Disfunción Social. Ello significa que los individuos de ambos grupos responden adecuadamente a las exigencias de las actividades de la vida diaria tanto en su labor como médicos y enfermeras como en su realización personal y social. O sea en los deberes con la familia, hijos y parientes. Además se refiere a que responden satisfactoriamente a las exigencias emocionales de amigos, conocidos directivos y pacientes y familiares de los mismos.

**Gráfico 3.** Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. Disfunción social.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

El Grafico 3 ilustra que el 100% de los encuestados son No Caso de Disfunción Social.

Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. Depresión.

**Tabla 4**

<b>MÉDICOS/AS SIN BURNOUT</b>			<b>ENFERMERAS/AS SIN BURNOUT</b>		
<b>DEPRESIÓN</b>			<b>DEPRESIÓN</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Caso	1	6,67	Caso	0	0
No Caso	14	93,33	No Caso	15	100
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

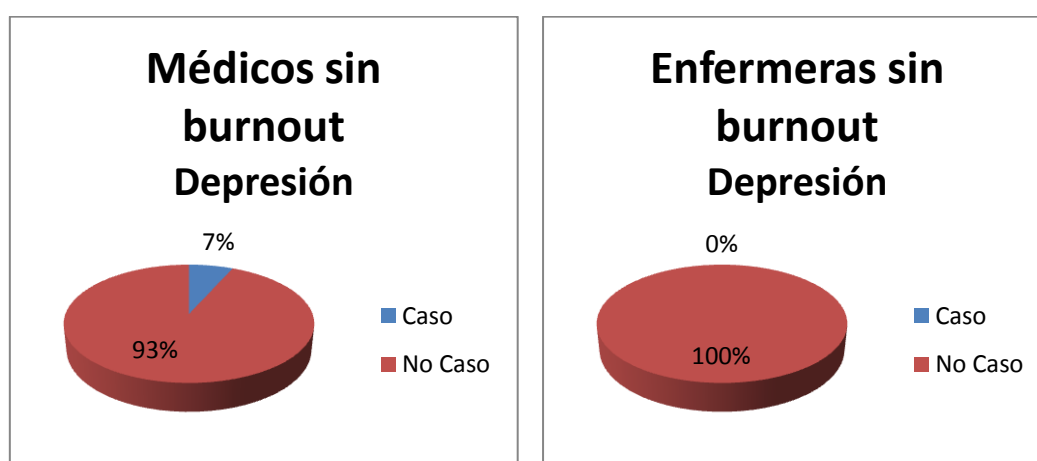
Autora: Bianny Balcázar

El 93,33% de los médicos y el 100% de enfermeras no presentan depresión. Estos resultados demuestran que a pesar de que los individuos de la investigación tienen un trabajo con características que los convierte en población propensa al Síndrome de



Burnout debido a la constante exposición a elementos estresantes, los médicos y enfermeras enfrentan adecuadamente esa situación.

**Gráfico 4.** Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Depresión.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

Solo el 7% del grupo de médicos tienen síntomas de depresión.

Resultados del Cuestionario BRIEF-COPE. Nivel de Afrontamiento.

**Tabla 1**

MÉDICOS		
Estrategia	Sumatoria	Porcentaje
Auto Distracción	60	8,53%
Afrontamiento Activo	67	9,53%
Negación	41	5,83%
Uso de Sustancias	36	5,12%
Uso del Apoyo Emocional	39	5,55%
Uso de Apoyo Instrumental	44	6,26%
Retirada de Comportamiento	40	5,69%
Desahogo	53	7,54%

Replanteamiento Positivo	56	7,97%
Planificación	58	8,25%
Humor	44	6,26%
Aceptación	58	8,25%
Religión	57	8,11%
Culpa a Sí Mismo	50	7,11%
<b>ENFERMERAS</b>		
<b>Estrategia</b>	<b>Sumatoria</b>	<b>Porcentaje</b>
Auto Distracción	46	6,91%
Afrontamiento Activo	59	8,86%
Negación	40	6,01%
Uso de Sustancias	34	5,11%
Uso del Apoyo Emocional	39	5,86%
Uso de Apoyo Instrumental	44	6,61%
Retirada de Comportamiento	43	6,46%
Desahogo	46	6,91%
Replanteamiento Positivo	62	9,31%
Planificación	52	7,81%
Humor	46	6,91%
Aceptación	57	8,56%
Religión	54	8,11%
Culpa a Sí Mismo	44	6,61%

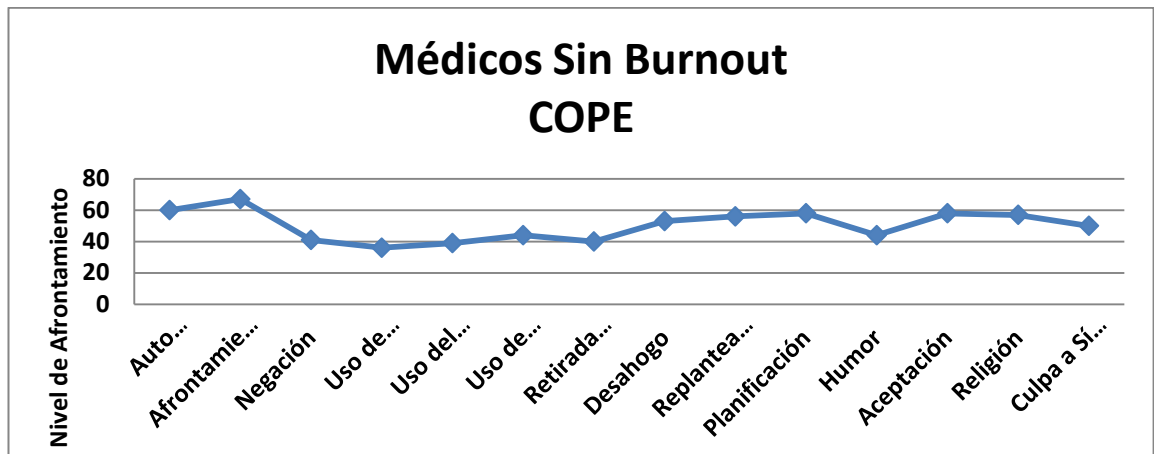
Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario BRIEF-COPE. Afrontamiento. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los individuos de la muestra ejercen diversas estrategias de afrontamiento. Sin embargo, se sugiere aumentar los mecanismos de afrontamiento ante las situaciones estresantes. Como se puede observar, los índices no son bajos pero tampoco son muy altos. Y mientras mas nivel de afrontamiento tenga el individuo, menos posibilidad hay para la aparición del Síndrome de Burnout. El nivel de afrontamiento es parecido en ambos grupos, por lo que la sugerencia es valida para médicos y enfermeras.

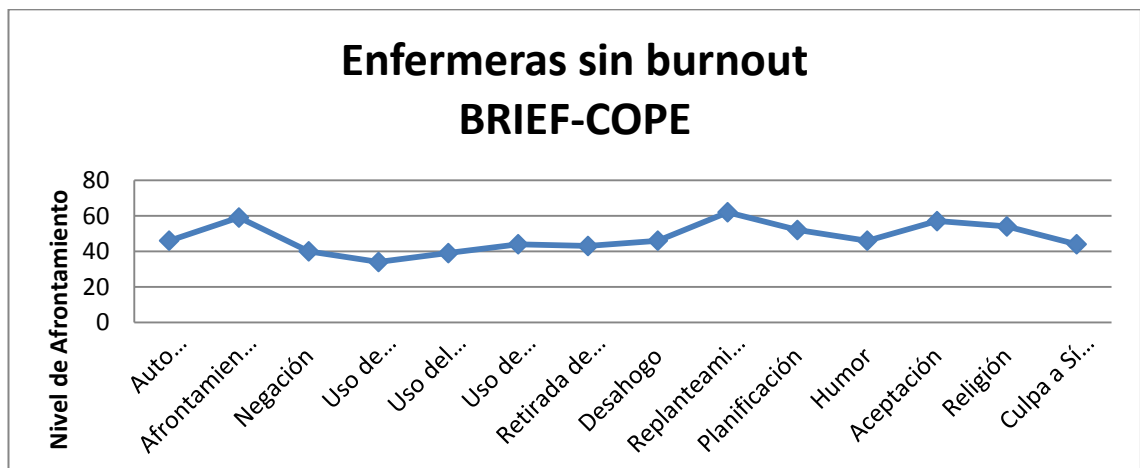
**Gráfico 1.** Resultados del Cuestionario BRIEF-COPE. Nivel de Afrontamiento. Médicos.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario BRIEF-COPE. Afrontamiento. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

**Gráfico 2.** Resultados del Cuestionario BRIEF-COPE. Nivel de Afrontamiento. Enfermeras.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario BRIEF-COPE. Afrontamiento. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

## ANALISIS E INTERPRETACION

Los Gráficos 1 y 2 muestran los adecuados niveles de afrontamiento en médicos y enfermeras los cuales utilizan todas las estrategias planteadas sin excepción. Las estrategias mas usadas por los médicos son Afrontamiento Activo (9, 53%), Auto distracción (8,53%) y Planificación (8,25%). El grupo de enfermeras utiliza más el Afrontamiento Activo y la Aceptación (8,56%), la Religión (8,11%). y la Planificación (7,81%).

Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo social.

**Tabla 1**

<b>MÉDICOS</b>		
Apoyo Emocional	1127,50	26,20%
Apoyo Instrumental	925,00	21,49%
Redes Sociales	1105,00	25,67%
Amor y Cariño	1146,67	26,64%
<b>ENFERMERAS</b>		
Apoyo Emocional	1277,5	24,72%
Apoyo Instrumental	1235	23,90%
Redes Sociales	1275	24,67%
Amor y Cariño	1380	26,71%

Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MOS de Apoyo Social. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

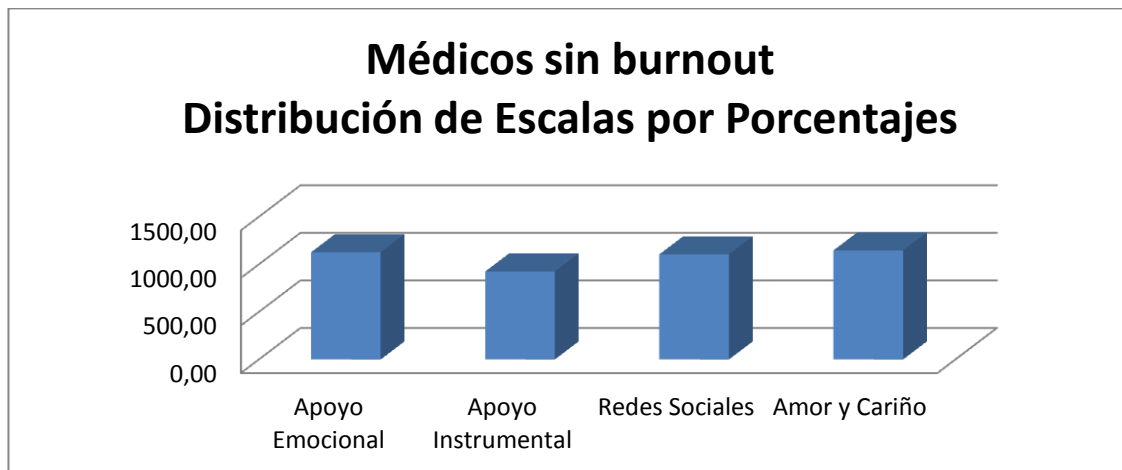
Autora: Bianny Balcázar.

## ANALISIS E INTERPRETACIÓN

La Tabla 1, permite observar los porcentajes de los ítems contemplados en la encuesta de Apoyo Social. El amor y cariño, aspecto tan importante para prevenir el Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, se muestra con los niveles más

altos en médicos y enfermeras (26.64% y 26,71%, respectivamente), seguido por buenos niveles de apoyo social, instrumental y de las redes sociales.

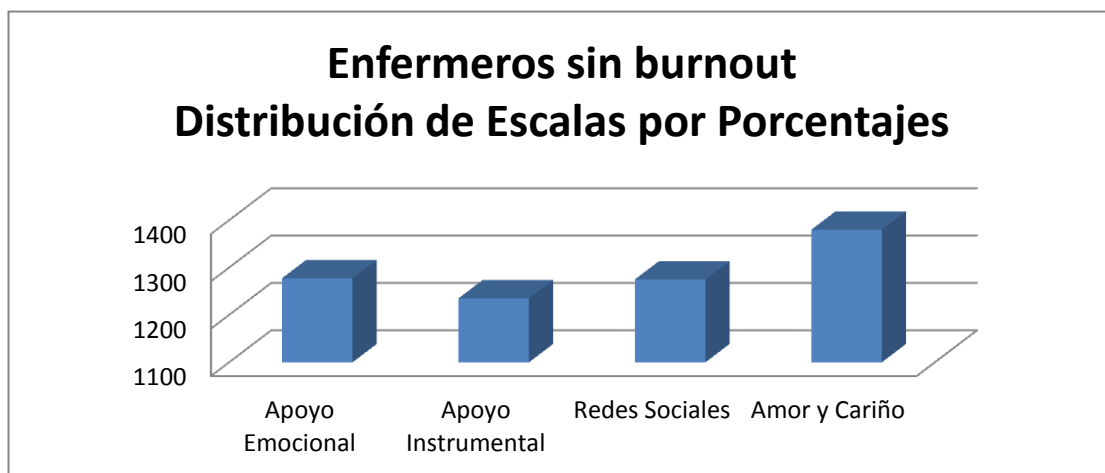
**Gráfico 1.** Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo social.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MOS de Apoyo Social. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar.

**Gráfico 1.** Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo social.



Fuente: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario MOS de Apoyo Social. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

El Grafico 1, ilustra los altos niveles de apoyo social, fundamentalmente en amor y cariño. Siguen en el porcentaje: el apoyo emocional (26%), el de redes sociales (25%) y el apoyo instrumental (23%), en ese orden para ambos grupos.

Resultados del Cuestionario EPQR-A, de Personalidad.

**Tabla 1**

<b>MÉDICOS</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Neurotisisimo	31	20,81
Extroversión	68	45,64
Psicotisisimo	29	19,46
Sinceridad	21	14,09
<b>ENFERMERAS</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Neurotisisimo	23	15,54
Extroversión	72	48,65
Psicotisisimo	26	17,57
Sinceridad	27	18,24

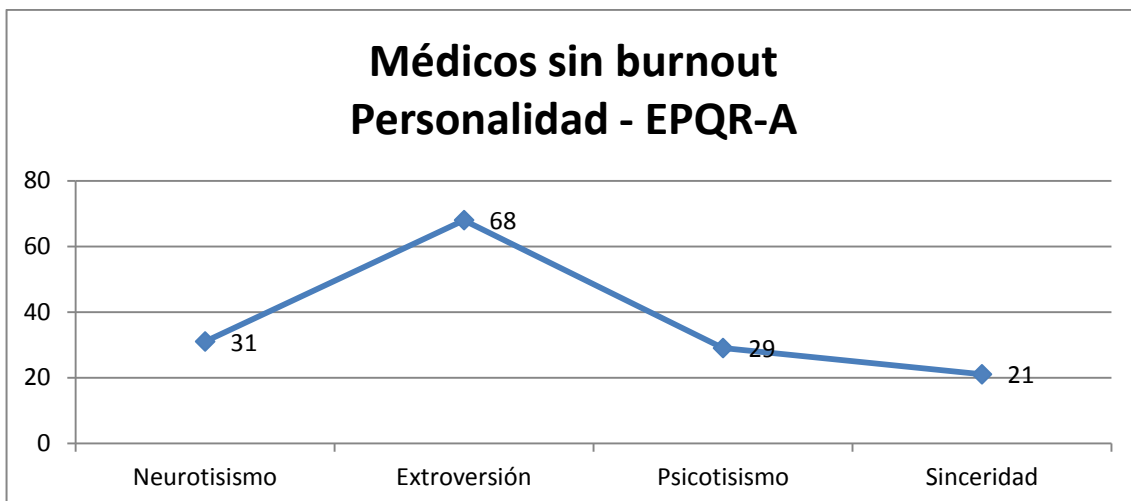
FUENTE: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario EPQR-A Personalidad. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

La Tabla 1, muestra los porcentajes del Cuestionario de Personalidad donde encontramos Alta Extroversión (45,64% en galenos y 48,65% en enfermeras) y menos niveles de Neurotisisimo (20,81% en médicos y 15,54% en enfermeras), Psicotisisimo (19,46% en médicos y 17,57% en enfermeras) y Sinceridad (14,09% en médicos y 18,24% en enfermeras).

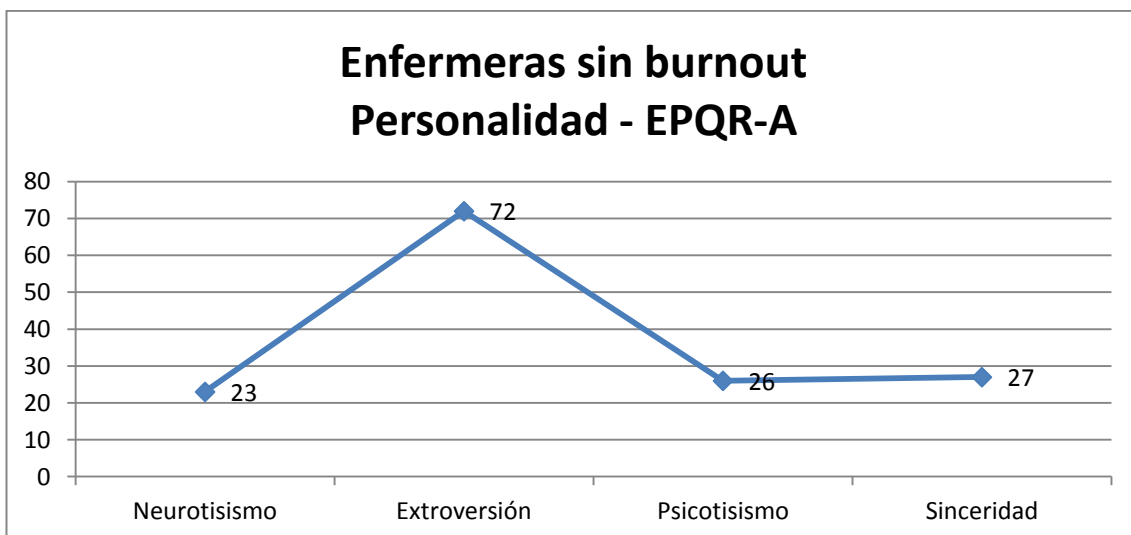
**Gráfico 1.** Resultados del Cuestionario EPQR-A, de Personalidad. Médicos.



FUENTE: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario EPQR-A Personalidad. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

**Gráfico 2.** Resultados del Cuestionario EPQR-A, de Personalidad. Enfermeros.



FUENTE: Médicos/as y enfermeras/as evaluados con Cuestionario EPQR-A Personalidad. Hospital Básico del Cantón Huaquillas.

Autora: Bianny Balcázar

Los Gráficos 1 y 2 muestran los niveles de Alta Extroversión y Bajos Neurotismo, Psicotismo y Sinceridad, estos últimos que tampoco llegan a ser tan bajo. La Extroversión y la Sinceridad son mayores en el grupo de enfermeras, nivel que ofrece una cualidad positiva para prevenir el padecimiento que nos ocupa. El Neurotismo y el Psicotismo que son ítems que con niveles altos denotan peligro para la aparición de Síndrome de Burnout, son más altos en el grupo de médicos que en el de las enfermeras.

## **6. DISCUSIÓN.**

Luego de la aplicación de los cuestionarios a un grupo de 30 profesionales para identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno, se puede decir que:

### **El Cuestionario Sociodemográfico y Laboral aportó los resultados siguientes:**

De acuerdo a la zona, todos los integrantes de la muestra trabajan en zona urbana. Por lo tanto este ítem solo arroja resultados para un futuro compendio de varias investigaciones en el Ecuador.

En esta investigación, la muestra está compuesta por un grupo de galenos donde prima el género masculino y un grupo de enfermeras donde prima el género femenino. Pero no se pudo determinar características particulares en relación con el sexo.

En relación con la edad promedio, son más jóvenes las enfermeras que los médicos. No obstante, los dos grupos son profesionales en su totalidad, mas enfermeras que doctores se encuentran estudiando y los años de experiencia de trabajo son superiores en las enfermeras que en los doctores

En el grupo de enfermeras prima el contrato indefinido y en el de los doctores prima el fijo, seguido del indefinido.

Los doctores tienen un porcentaje más alto de pacientes fallecidos y de pacientes con riesgo de muerte. Pero las enfermeras no están exentas tampoco de este acontecimiento estresante.



No es ostensible la diferencia entre ambos grupos cuando se analiza el tipo de trabajo que realizan (completo y parcial) pero si en el sector de trabajo pues enfermeras y médicos laboran en ambos sectores en un porcentaje mínimo, enfermeras y doctores mayoritariamente en el sector público aunque los doctores alternan con el privado también.

Menos de la mitad de los médicos es casado; sin embargo, mas de la mitad de las enfermeras es estado civil casadas y conviven con sus parejas e hijos.

Concatenando los resultados de todas las encuestas, pudimos hacer una valoración particular y general de los individuos de la muestra para poder llegar a conclusiones.

**Al aplicar las tres sub-escalas del Cuestionario MBI se obtuvo que:**

Los individuos de la muestra no poseen el padecimiento porque de los resultados de la primera sub-escala que corresponde al agotamiento emocional se sobrentiende que no se sienten exhaustos a consecuencias de las demandas en el trabajo. El primer indicio del desarrollo del Síndrome de Burnout no se observa en las puntuaciones de esta sub-escala pues en este caso el trabajo no produce gran preocupación, tensión ni frustración.

En el gran porcentaje de médicos y enfermeras de la muestra no se notó despersonalización que es el segundo indicio del padecimiento y se pudo constatar en la segunda sub-escala del MBI. No se observó frialdad ni distanciamiento con respecto al trabajo, a los pacientes, a los familiares de los pacientes, a los directivos y compañeros ni en el ámbito social tampoco. En este caso, la puntuación Baja indicó que el profesional presenta actitudes positivas hacia los demás porque su trabajo le resulta bastante motivador.

El grado de realización o tercer sub-escala del MBI, el logro y auto-eficiencia percibida por el individuo es alto lo cual se relaciona con la no existencia del Síndrome de Burnout. El individuo se siente muy satisfecho sobre el trabajo realizado, además siente ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.

**Los resultados del Cuestionario de Salud Mental indicaron que:**

No existe Síndrome de burnout en los individuos de la muestra porque poseen buena salud mental y psíquica, observada a través de la no aparición de casos con síntomas

somáticos en los individuos de la muestra. Otro factor relevante es que no presentan disfunción social ni depresión y ansiedad en la mayoría de ambos grupos.

La generalidad carece de síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, entre otros. No tiene indicios que muestren una posible ansiedad como nerviosismo, pánico, dificultades para dormir. Su desempeño social en la vida diaria es bueno. No hay indicios que muestren una posible depresión. De manera global, no se identificaron disturbios psiquiátricos menores y al evaluar el estado de salud mental del sujeto participante en la muestra fue positivo. No se observó sentimientos negativos hacia las actividades que realizan ni sentimientos de desvalía o pensamientos de muerte, que son rasgos presentes en las fases del padecimiento pues este produce apatía y desmotivación y un grado de estrés que se trasluce en síntomas de alteraciones mentales o corporales.

#### **Según los datos resultantes del Cuestionario BRIEF-COPE:**

Los niveles de afrontamiento son altos. Ellos permiten mantener al profesional de la salud en un estado equilibrado de sus emociones para que su estado de salud sea satisfactorio.

Predomina el afrontamiento activo el cual garantiza enfrentar las situaciones estresantes con final satisfactorio, determinar el problema con objetividad y amortiguarlo mediante actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés

Se detectó adecuado nivel de negación para que el problema laboral no sea ni ignorado o rechazado pero tampoco permitir el agobio. La negación significa rechazar la realidad de la situación fuente de estrés. En esta investigación se notó que los participantes no se alejan ni se ponen de espaldas a su realidad. . No presentan negación pues no rechazan las situaciones causantes de estrés, es decir están plenamente conscientes de ellas.

Alto desahogo de las preocupaciones y ansiedades. El desahogo se notó en que descargan los sentimientos que se producen cuando tiene conciencia del malestar emocional causado por alguna situación estresante.

Muy alto replanteamiento positivo. En los resultados notamos la reinterpretación positiva porque estos profesionales toman la situación estresante como una oportunidad para crecer y mejorar.

Muy buena planificación pues piensan y analizan cómo hacer frente al estresor, planeando los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.

Elevados niveles de aceptación ante las dificultades, lo cual permite la estabilidad emocional y salud mental. La aceptación es evidente en como los participantes toman conciencia y aceptan que la situación que está viviendo es real.

Beneficiosos niveles de religión como soporte espiritual. Cuando tienen alguna situación que les causa estrés acuden a realizar actividades religiosas ya que estas los ayudan a sentirse mejor.

Los niveles de distracción no son bajos pero si pueden elevarse más, para la protección al estrés. La auto-distracción les permite disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos. Presentan auto-distracción porque disipan la concentración en el problema o las situaciones que le causan estrés mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.

Los niveles de culpabilidad a si mismos no son altos. La autoinculpación es criticarse y culpabilizarse a sí mismo por la situación estresante. En relación con la autoinculpación, no tienden a culparse a sí mismos por las situaciones que le causan estrés sino que buscan las causas de una manera objetiva.

No es evidente el uso de sustancias nocivas al organismo. Ambos grupos no recurren al uso de drogas, alcohol o medicamentos para olvidar sus problemas o para desconectarse de la situación, sentirse bien y/o poder afrontarla. Solo un índice ínfimo debe trabajar en este sentido.

No presentan desconexión conductual porque no abandonan sus metas a causa de situaciones estresantes. No abandonan o reducen los esfuerzos para superar y sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.

El humor, entendido como la tendencia a hacer burlas y reírse de la situación estresante o tomar las situaciones estresantes de forma seria, sin hacer burlas ni

reírse de la misma se siente en los investigadores de una forma equilibrada, aunque el aumento del nivel pudiera ser mejor para prevenir el Síndrome de Burnout.

**Las respuestas al Cuestionario MOS indicaron que:**

Tienen alto el nivel de apoyo social porque perciben contar con un buen círculo lo cual le permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, ya que cuando existe excelente comunicación interpersonal, puede modular los efectos negativos del estrés sobre la salud.

Usan inteligentemente el apoyo emocional porque médicos y enfermeras buscan en otras personas el apoyo, la comprensión y la simpatía. El apoyo emocional brindó a los participantes la posibilidad de tener alguien que ofrece asesoramiento, información y consejo en sus vidas. El apoyo emocional también comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza.

El apoyo instrumental se observa en ambos grupos porque buscan personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar determinadas situaciones. El apoyo material o instrumental incluye contar con ayuda doméstica.

El apoyo afectivo se evidenció a iguales niveles altos en cuanto a apoyo emocional y de redes social porque médicos y enfermeras perciben las: demostraciones de amor, cariño y simpatía. Las relaciones sociales de ocio o distracción incluyen contar con otras personas para comunicarse. Permiten disiparse buscando situaciones que distraigan su atención y mantener el contacto social. El apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño, refuerza la autoestima con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo y en esta investigación tiene los niveles más altos de apoyo social.

**Las encuestas del Cuestionario EPQR-A demostraron que:**

Predomina la alta extroversión que indica características de personalidad tendientes a ser personas sociables que les gustan las fiestas y tienen muchos amigos, necesitan hablar con la gente y no les gusta leer o estudiar solos. Anhelan la animación, son arriesgados, actúan improvisadamente y generalmente son personas impulsivas. Aficionadas a las bromas, siempre con una respuesta a punto y generalmente les gustan los cambios. Despreocupadas, condescendientes, optimistas y con gusto por

reír y divertirse. Prefieren permanecer ocupados, tienden a ser agresivos y perder los nervios rápidamente. Puntuaciones altas, como es este caso, suponen un individuo sociable, impulsivo optimista, abierto al cambio mientras que puntuaciones bajas que no se mostraron en las respuestas, indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.

El neurotismo se manifestó en nivel bajo que significa que el grupo de investigados son personas que tienden a responder emotivamente solo de una forma suave y generalmente débil y vuelven a su línea base rápidamente después de una activación emocional. Habitualmente son calmadas, emocionalmente equilibradas, controladas y poco aprensivas. No se encontraron resultados de personas con ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicossomáticos resultantes de personalidad con neurotismo alto. En cambio, los datos de esta investigación indican puntuaciones bajas de neurotismo que apuntan a personas calmadas, con control emocional, tono débil de respuesta y con conductas de sujetos estables.

El Psicotismo se presentó en nivel Bajo, lo cual presupone que este grupo de profesionales de la salud son personas altruistas, altamente socializadas, empáticas, convencionales, reflexivas, cálidas, amables, responsables y poco agresivas, entre otras características. Son preocupadas, no tendientes a la crueldad ni al conflicto, es decir un pensamiento positivo. No son entes solitarios y les importa mucho la gente. No son problemáticas y encajan en cualquier ambiente. No son crueles ni inhumanos, tienen sentimientos y son sensibles. No son hostiles con otros. Son familiares y no tienden a la agresividad. Son queridas y se dan a querer. Le gustan las cosas inusuales y extrañas y no les preocupa el peligro. No les gusta ridiculizar a otras personas ni contrariarlas. Todas características muy favorables para los profesionales de la salud y para contrarrestar la amenaza del Síndrome de Burnout.

El ítem de Sinceridad evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, busca dar una buena impresión y mide el grado de veracidad de las respuestas. En esta investigación se presentó puntajes más bajos de lo ideal pero tampoco significativos como para enunciar que los integrantes de la muestra pueden construir elementos a partir de lista de temas socialmente deseables.

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

### a. Conclusiones:

Según los resultados obtenidos se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- El Síndrome del Burnout es un padecimiento mundial cada vez mas arraigado en la sociedad moderna debido a las características de vertiginosidad en todos los aspectos: social, laboral y personal de la vida actual.
- El Síndrome afecta a los profesionales de diferentes áreas sociales pero amenaza fundamentalmente a los sectores sanitarios como son los médicos y las enfermeras por los rasgos de este tipo de labor que implican constantes situaciones de estrés para el individuo trabajador, sus directivos, los pacientes, los familiares de los pacientes y todos los implicados en la vida personal del profesional de la salud.
- El Síndrome del Burnout es un padecimiento que se presenta subrepticamente y avanza lenta y progresivamente. Por lo tanto, es imprescindible mantener medidas preventivas en los centros asistenciales para detectar a tiempo los síntomas del mismo en sus primeras fases y contribuir a la no proliferación de la enfermedad.
- El Síndrome de Burnout causa múltiples inconvenientes en todos los órdenes de su acción pues provoca daños materiales, espirituales y de vidas humanas. Por tanto, es responsabilidad estatal, empresarial y personal evitar su proliferación.
- El padecimiento en cuestión ha sido poco estudiado de acuerdo a sus particularidades en Ecuador. De ahí la importancia de realizar estudios en este sentido en el país que abarquen las diferentes zonas para recopilar datos que contribuyan a un compendio nacional sobre el tema.
- Zonas como la correspondiente a este estudio, donde está ubicada la labor de los profesionales integrantes de la muestra investigativa, requieren una especial atención en la prevención del Síndrome de Burnout porque de centros de salud como el Hospital Básico de Huaquillas, dependen muchas personas de bajos recursos que no tienen muchas posibilidades de recibir asistencia medica rápida y efectiva al radicar cerca de la frontera, en lugares lejanos a otros hospitales ya existentes.

- Lo primero a tener en cuenta es la excelente posibilidad que reciben los habitantes de la zona donde se ubica el centro asistencial en el cual radican laboralmente los miembros de la muestra, pues este año, con la inauguración del hospital, los lugareños reciben por primera vez en la historia de ese Cantón, una atención médica rápida y efectiva con los más modernos equipos y salas médicas. Por esa razón, es importante este tipo de investigación que contribuye a que los esfuerzos constructivos y de instalación del Hospital de Huaquillas se vean coronados con la excelente atención a los pacientes.
- Los instrumentos utilizados fueron precisos para realizar la investigación. Los resultados de cada cuestionario se complementan unos con otros, significaron una medida válida para hacer un análisis exhaustivo. Ningún resultado se puede observar y concluir por separado, la integración de los datos es vital en la investigación y de esa manera se procedió.
- Los médicos y las enfermeras continúan siendo población propensa para la aparición del Síndrome del Burnout porque hacen frente a fuerzas estresantes día a día frente al agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; a pesar de trabajar en condiciones mínimas de motivación en un espacio que falta una buena infraestructura, recursos humanos y tecnológicos para cumplir sus delicadas tareas de salvar vidas. Los resultados evidencian la repercusión de la labor estresante sobre la salud y bienestar humano en médicos y enfermeras.
- Según los resultados de las encuestas, los profesionales, médicos y enfermeras participantes en la muestra investigativa, no padecen del Síndrome de Burnout por las siguientes razones:
- Según las tres sub-escalas del MBI, los participantes de la muestra no poseen Síndrome de Burnout de acuerdo a los indicadores de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. No se observó en ninguno de los profesionales encuestados índices indicadores del padecimiento aunque sea en dos de las sub-escalas, que es el requisito para el diagnóstico; ni siquiera en primera fase se percibió.
- Los pequeños porcentajes de medio y alto agotamiento emocional se contrarrestan con baja despersonalización y alta realización personal. El agotamiento emocional reportado por los médicos y enfermeras es de corta duración y puede ser combatido a través del buen apoyo social que se

manifestó en las encuestas y las adecuadas características de personalidad que tienen los individuos de la muestra.

- Los profesionales objeto de estudio no manifiestan actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las cuales trabaja. No se observa que se encuentran quemados ni aburridos, requisito indispensable para el Síndrome de Burnout.
- El estado actual de la salud mental de los profesionales escogidos para la investigación es favorable debido a las puntuaciones bajas de síntomas psicosomáticos, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión. La inmensa mayoría resulto no caso de estas patologías. Los pequeños índices de caso que traslucen en las encuestas no significaron repercusión significativa en relación con su estado de salud en general, al incidir el resto de las variables.
- Las variables sociodemográficas y laborales señalan que los médicos y enfermeras tienen condiciones favorables para el cumplimiento de su labor en la institución sanitaria porque son magníficos profesionales, con un buen promedio de años de labor, que se dedican equilibradamente en energía emocional y física y en tiempo a su profesión; tienen contratos de trabajo estables y se sienten satisfechos en su relación con pacientes, familiares de pacientes, compañeros de trabajo, directivos y remuneración salarial en sentido general.
- Si las recompensas personales y profesionales no son las aspiradas ni las esperadas pueden provocar el desencadenamiento del Síndrome de Burnout, en este caso investigado las condiciones no provocan estrés.
- La constante actualización de los médicos y enfermeras brinda una mejor atención y orientación profesional en el campo de la salud y desemboca en alta realización personal.
- Cuando no existen las condiciones adecuadas para desempeñar el trabajo en las instituciones sanitarias es una causa fundamental para el estrés de los profesionales de la salud. Estos están sometidos, en líneas generales, a estresores como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del ritmo de trabajo trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, entre otros.



- Los médicos en nuestro país, en su mayoría, tienen más de un trabajo, a más de contar con la consulta privada. Pero la organización de su labor hace viable el siguiente precepto y les da estabilidad económica.
- En lo relacionado a la variable de sexo, en un bajo porcentaje las mujeres son afectadas por el Síndrome de Burnout debido a la sobre carga de labores extras y del hogar, pero en este caso, todas sienten un alto apoyo social que alivia el estrés emocional. Entonces no salió a relucir índices de una relación sustancial en cuanto al sexo y la existencia del padecimiento.
- En cuanto a zona de trabajo, no se pudo llegar a conclusiones específicas. Solo que cuando los trabajadores de la salud laboran en lugares como la frontera, donde se hace imprescindible su labor, sienten mayor realización profesional.
- El apoyo social funciona como dimensión protectora vital ante el Síndrome de Burnout debido a la buena convivencia que cuentan los médicos y las enfermeras con su familia y sus hijos. En esta investigación se observaron altos niveles de este ítem.
- Los médicos y las enfermeras estudiados afrontan las situaciones estresantes, diarias en su labor, con adecuadas estrategias, reforzadas con la percepción positiva del apoyo social.
- Las estrategias de afrontamiento referidas con más frecuencia por los médicos y enfermeras para afrontar el estrés de su trabajo, ir al cine, salir de compras, asistir a fiestas, etc., son los adecuados.
- En resumen, analizando los datos sociodemográficos y laborales, de personalidad, de apoyo social, de salud, de modos de afrontamiento a las situaciones estresantes y de las sub-escalas del MBI, resultó que enfermeras y médicos participantes en este estudio tienen las condiciones sociales, personales y laborales para no padecer el Síndrome de Burnout. Los resultados de un grupo y de otro se complementan en los déficits y las conveniencias para no padecer de Síndrome de Burnout.

#### **b. Recomendaciones.**

- Facilitar el aprendizaje de las habilidades de prevenir y reducir el riesgo de llevar a una situación de Síndrome de Burnout.

- Plantear talleres de formación continua que contribuya a mejorar las relaciones interpersonales entre compañeros y directivos.
- Gestionar e implementar la mejora de recursos humanos y tecnológicos para la atención y bienestar de los pacientes.
- Los profesionales de la salud deben tomar una cierta distancia con los pacientes para evitar el agotamiento emocional pues su nivel aumenta cuando se implica en mayor grado con la gente.
- Aplicar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (aceptación, crecimiento personal, búsqueda de apoyo social, planificación y afrontamiento activo y reinterpretación positiva). Ello disminuirá la carga de estrés en los médicos y enfermeras.
- Empezar actividades de recreación, reposo y relajación en forma periódica. Las mismas contribuyen para contrarrestar la aparición del estrés.
- Emplear las estrategias de afrontamiento y apoyo social teniendo en cuenta la capacidad y limitaciones para prevenir el consumo indebido del alcohol y la droga en algunos profesionales de la salud.
- Planificar encuentros y momentos de recreación para compartir entre sus amigos, familiares, evitando así sentirse solo y combatir el agotamiento emocional y la despersonalización.
- Realizar determinados cambios en el trabajo y roles del que realiza el personal de enfermería aun en el mismo hospital puesto que este cambio es positivo porque rompe la rutina.
- Las autoridades de turno deben motivar y recompensar por la labor desplegada por los profesionales de la salud por cuanto a que la falta de motivación conlleva a la persona a presentar varios síntomas anímicos, físicos e interpersonales con los compañeros de trabajo y los de su entorno laboral y social.

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

- Balint M. (1989). *El Médico, el paciente y la enfermedad, libros básicos*. Buenos Aires.
- Guillen G, (2000). *Estrés laboral, Psicología para el trabajo para relaciones laborales*. Ed. Mc Gram-Hill, Madrid, España.
- García, M. (1991). *Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios*.
- García, M. (1995). *Evaluación del Burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica validez de la escala EPB. Ansiedad y Estrés*. 2-3, 219-229.
- Garden, A.M. (1989). *Burnout: The effect of psychological type on research findings*.
- Kornblit, A (1998). *El burnout en el personal de enfermería de unidades intensivas*. Revista Estudios del Trabajo, Buenos Aires.
- Koontz, Harold; Weihrich, Heinz. *Administración, una perspectiva global*.
- Moos, R., y Cols. (1984). *Manual de escalas de clima social (FES; WES; CES; Madrid, España: TEA Ediciones, S.A. publicaciones de Psicología aplicada*.
- Moreno, B, (1993). *Burnout*. Madrid. Facultad de Psicología.
- Moos, R., y Cols. (1984). *Manual de escalas de clima social (FES; WES; CES; Madrid, España: TEA Ediciones, S.A. publicaciones de Psicología aplicada*.
- Soldano Santos (1994). *Estadística*. Editorial EUDEBA BS.AS.
- Sierra B, (1999). *Investigación Científica*. Editorial Paraninfo SA.
- Stoner, James, Freeman, R. Edward y Gilbert Jr, Daniel (1996). *R. Administración 6a. Edición*. Editorial Pearson. México, 1. Pág. 484.
- Solana, Ricardo, (1993). *F. Administración de Organizaciones*. Ediciones Interoceánicas S.A. Buenos Aires. Pág. 208.

## 9. ANEXOS.

### Anexo 1

#### Certificaciones.



**DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE EL ORO  
HOSPITAL DE HUAQUILLAS  
Telf. 510704-510106**

Huaquillas, 16 de Abril de 2012

Dr. Jorge Daniel Aguilar Paulini  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL HUAQUILLAS**

### **C E R T I F I C A:**

Que la Egda. Bianny Jojana Balcazar Becerra, portadora del N°C.I: 0702590365 a cumplido con la Realización de Trabajo De Instrumentos Aplicados a 30 funcionarios (15 médicos – 15 enfermeras) del Area de Salud N° 7 Huaquillas y recolección de información para el trabajo de investigación del Síndrome de Burnout.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad pudiendo el interesado presentar el documento en la Universidad Técnica Particular de Loja (Escuela de Psicología).

Atentamente,

DR. Jorge Daniel Aguilar Paulini  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL HUAQUILLAS**

# CLINICA "CUENCA"

**C.E.M.C**

Fono: 097571803 084134527

Email: [drswaldorodas@yahoo.co](mailto:drswaldorodas@yahoo.co)

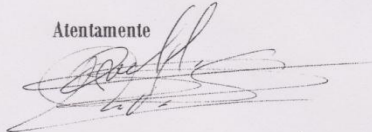
Dr. Oswaldo Rodas

**CERTIFICO** que la Sra Balcázar Becerra Bianny ecuatoriana de nacimiento y portadora de la cedula N°-070259036-5 a cumplido con la aplicación de los instrumentos para la investigación de su trabajo sobre el Síndrome de Bournout.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad, la persona interesada puede hacer uso del presente certificado para los fines que estimare convenientes.

Huaquillas a 4 de Mayo del 2012

Atentamente



**DR. OSWALDO RODAS S.**

**GERENTE-PROPIETARIO**

**RUC: 0101955631001**

REGISTRO DE LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA DELORO

LIBRO 2 FOLIO 382 PAG. 472

CLINICA "CUENCA"  
RUC: 0101955631001  
Huaquillas, El Oro-Ecuador

## Anexo 2

### 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  Quincena  Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

#### Datos Laborales

Enfermera

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

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

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

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

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

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

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

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 3

#### Cuestionario de MBI.

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

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							

6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis							

posibilidades.								
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.								
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.								

Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; (1986). Seis dedos, (1997). Recuperado

### Anexo 4

#### 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"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p>	<p><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p>

<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
<p><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto. <input type="checkbox"/> No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<p><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto. <input type="checkbox"/> No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
<p><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto. <input type="checkbox"/> No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<p><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto. <input type="checkbox"/> No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
<p><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto. <input type="checkbox"/> No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<p><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto. <input type="checkbox"/> No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

<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"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual.</p>	<p><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual.</p>

<input type="checkbox"/> 4 Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 4 Mucho más que lo habitual.
<p><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></p> <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual. <input type="checkbox"/> Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> Peor que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual.	<p><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto. <input type="checkbox"/> No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
<p><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></p> <input type="checkbox"/> Más satisfecho. <input type="checkbox"/> Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual.	<p><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</b></p> <input type="checkbox"/> Claramente, no. <input type="checkbox"/> Me parece que no. <input type="checkbox"/> Se me ha pasado por la mente. <input type="checkbox"/> Claramente lo he pensado.
<p><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></p> <input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual. <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual.	<p><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></p> <input type="checkbox"/> No, en absoluto. <input type="checkbox"/> No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

<p><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> Claramente lo he pensado.</p>

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981).



## Anexo 5

### 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	1	2	3	4

otros acerca de qué hacer.				
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	1	2	3	4
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	1	2	3	4
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	1	2	3	4
27. He estado rezando o meditando.	1	2	3	4
28. He estado burlándome de la situación.	1	2	3	4

## Anexo 6

### Cuestionario de Apoyo Social.

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.					

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 7

### Cuestionario EPQR-A.

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

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

13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

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

## Anexo 8

Designación de Códigos para el Trabajo.

<b>Nombre</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Código Base</b>
GAIBOR IZA PAULO CESAR	Ambato	AM01
MOROCHO SIMBAÑA JENNY KARINA	Ambato	AM02
ANDRADE CABEZAS BETTY ALEXANDRA	Ambato	AM03
BARAHONA CABRERA MIREYA DE LA NUBE	Azogues	AZ01
PESANTEZ MOLINA LOURDES DEL ROSARIO	Azogues	AZ02
JARRIN TERAN NATALIA ISABEL	Cayambe	CY01
BRAVO CABRERA LEONCIO IVAN	Celica	CE01
ALVAREZ AVILA CARLOS JOVANY	Cuenca	CU01
PERALTA ZAMBRANO CARMITA ERNESTINA	Cuenca	CU02
QUEVEDO LAPO BELGICA MARIA	Galápagos	GL01
HAMILTON HIDALGO PAULETTE PRISCILA	Guayaquil	GY01
MARTINEZ HIDALGO MARTHA HAYDEE	Guayaquil	GY02
MENA ORELLANA JESSICA MARIA	Guayaquil	GY03
PICO VELEZ RENE ORLANDO	Guayaquil	GY04
PINA PELAEZ CRUZ MARIA	Guayaquil	GY05
BALCAZAR BECERRA BIANNY YOJANA	Huaquillas	HU01
GUEVARA CAZAR MARÍA ELENA	Ibarra	IB01
BERMEO OJEDA TANIA YAJAIRA	Ibarra	IB02



MENDOZA RIVADENEIRA WILMER SEGUNDO	Latacunga	LT01
PARRA FABARA ISABEL CAROLINA	Latacunga	LT02
GOMEZ CORREA JOSE ALBERTO	Loja	LJ01
VALDIVIESO FLOR MARIA	Loja	LJ02
CHAVEZ MONTENEGRO VERONICA DEL CARMEN	Quito	QT01
GRUEZO MOREIRA CHRISTIAN PAUL	Quito	QT02
JIMENEZ LOPEZ TANIA DE LOS ANGELES - RODRIGUEZ ARRIETA ROSARIO YOLANDA	Quito	QT03
MORALES MALES ELSA DEL CARMEN	Quito	QT04
LOPEZ MARTINEZ MARCIA DE LOURDES	Quito	QT05
ORTEGA ANDRADE MARIA ELENA	Quito	QT06
PARREÑO PAZMIÑO MARIA ELENA	Quito	QT07
ROSERO FRISCH MARIA MERCEDES	Quito	QT08
TIBANLOMBO ILLANES ELFIDA SALIA	Quito	QT09
TOLEDO HERNANDEZ GLADYS SYLVANA	Quito	QT10
VIOLETA DEL ROCIO LUNA CABRERA	Quito - Carcelén	QT11
AREVALO HERRERA KARLA MELISSA	Quito - Tumbaco	QT12
FIALLOS MARMOL MARIA ANGELICA	Quito - Tumbaco	QT13
RODRIGUEZ LOJAN SANDRA MERCEDES	Quito - Villaflora	QT14
SOLIS HEREDIA SALOME MARLENE	Quito -	QT15

	Villaflora	
PABLO GALARZA	Quito	QT16
YEROVI CARRASCO RODRIGO PATRICIO	Riobamba	RB01
DAVALOS CHIRIBOGA CARMEN CECILIA	Riobamba	RB02
ECHANIQUE CADENA ESMERALDA STEFANIA	Sto. Domingo	ST01
MOREIRA LEMA SILVANA LUCIA	Sto. Domingo	ST02
LANDAZURI ROSERO SUSANA JANNETH	Tulcán	TU01
ZAMBRANO RAMON JANETH MARIA	Zaruma	ZA01

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

## Anexo 9:

### Listado de médicos y enfermeras que participaron en la investigación.

#### MÉDICOS

	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>
1-	HUO1ME01	Dr. Oswaldo Rodas Suarez
2-	HUO1ME02	Dra. Mónica Paz Murillo
3-	HUO1ME03	Dr. Edgar Jacinto Moreno
4-	HUO1ME04	Dra. Elvia Rosillo Cevallos
5-	HUO1ME05	Dra. Sonia Bustamente
6-	HUO1ME06	Dr. Ronal Ramírez Celi
7-	HUO1ME07	Dra. Laura Román
8-	HUO1ME08	Dr. Augusto Ojeda Moreno
9-	HUO1ME09	Dr. Ángel Remache
10-	HUO1ME010	Dr. Cristóbal Jaramillo
11-	HUO1ME011	Dr. Fulvio Guamán Díaz
12-	HUO1ME012	Dr. Estuardo Vallejo Ramírez
13-	HUO1ME013	Dra. Ariana Orellana Mogrovejo
14-	HUO1ME014	Dra. Lady Piedra Granda
15-	HUO1ME015	Dr. Tec. Goberth Romero Apolo

**ENFERMERAS**

	<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>
1	HU01EN01	Lcda. Mercy Pilar Torres
2	HU01EN02	Lcda. Verónica Elizabeth Aguilar
3	HU01EN03	Lcda. Gianella Reyes
4	HU01EN04	Lcda. Daysi Sánchez
5	HU01EN05	Lcda. Liliana Poma R
6	HU01EN06	Lcda. Maribel Sáez García
7	HU01EN07	Lcda. Roció Valle Jiménez
8	HU01EN08	Lcda. Roció Campoverde
9	HU01EN09	Lcda. María Morgueito Lopez
10	HU01EN010	Lcda. Roció del Cisne Bustamante
11	HU01EN011	Lcda. Dolores de la Cruz Morocho
12	HU01EN012	Lcda. Nancy Yolanda Cruz
13	HU01EN013	Lcda. Eva Guadalupe Macías
14	HU01EN014	Lcda. María José Aldean
15	HU01EN015	Lcda. Marlene Romero Apolo

## Anexo 11

Investigadora e investigados.



## Anexo 12

Médicos del Hospital de Huaquillas



**Anexo 13:**

Enfermera de la Clínica Cuenca contestando el cuestionario MBI.



**Anexo 14:** Enfermera del Hospital de Huaquillas contestado le cuestionario MBI.



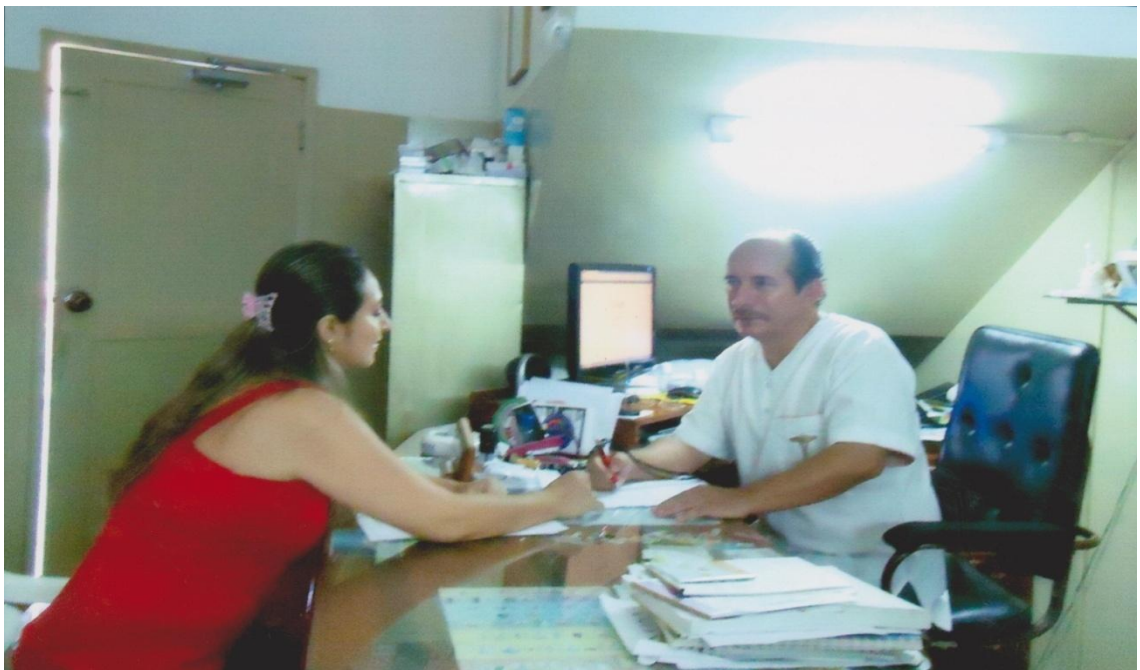
**Anexo 15:** Bianny solicitando contestar el cuestionario de una enfermera del Hospital.



**Anexo 16:** Un grupo de enfermeras contestando el cuestionario de AP.

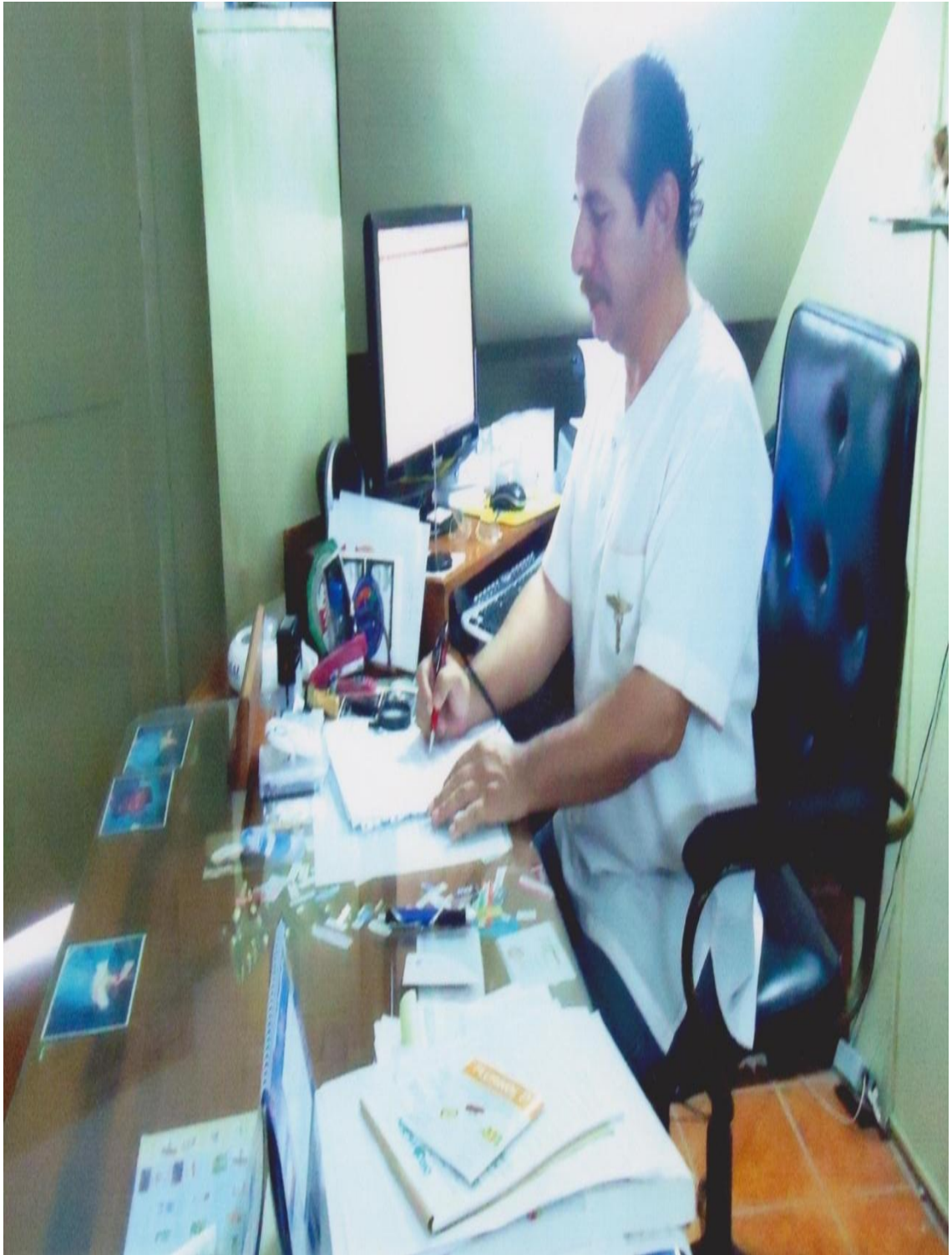


**Anexo 17:** Bianny solicitando contestar el cuestionario al médico del hospital de la Clínica Cuenca.



**Anexo 18:** El Dr. Oswaldo Rodas contestando un Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.





**Anexo 19:** Bianny haciendo visita a la Clínica Cuenca.



**Anexo 20:** La Clínica Cuenca ubicada en la calle Juan Núñez Puertas en el cantón Huaquillas.

