



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el hospital "Rodríguez Zambrano" de la ciudad de Manta, en el periodo de mayo a agosto de 2012.

Trabajo de fin de titulación.

Autor:

Ramírez Palomeque, Silvia Luz

Groenow Gutiérrez, Karen Liz

Director:

Alvarado Chamba, Julio César Lic.

Centro Universitario Manta

2012

Certificación

Licenciado.

Alvarado Chamba, Julio César

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: **Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el hospital “Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, en el periodo de mayo a agosto de 2012**, realizado por los profesionales en formación: **Ramírez Palomeque Silvia Luz y Groenow Gutiérrez Karen Liz**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, diciembre de 2012

f)

CI: 1103791511

Cesión de derechos

“Yo **Ramírez Palomeque Silvia Luz** declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autor: Ramírez Palomeque Silvia Luz

Cédula: 130414503-8

“Yo **Groenow Gutiérrez Karen Liz** declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autor: Groenow Gutiérrez Karen Liz

Cédula: 130501228-6

AUTORÍA

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

.....
Autor: Ramírez Palomeque Silvia Luz
Cédula: 130414503-8

.....
Autor: Groenow Gutiérrez Karen Liz
Cédula: 130501228-6

DEDICATORIA

A mi madre María Luisa por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mí amado hijo Keoni, por ser el motor de mi vida y mi fortaleza para afrontar cualquier reto.

A mi gran amiga y compañera Silvia, por cada vivencia compartida, y todo el apoyo brindado durante estos años, por su motivación y su calidad para llegar a ser un equipo que siempre gana ante cualquier adversidad.

Karen

A mis Padres, a mi Esposo, y mis hijos apoyos fundamentales y fieles testigos de cada etapa vivida dentro de este proceso de crecimiento.

A Karen compañera, amiga y complemento en estos años de formación académica.

Silvia

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer sinceramente:

A Dios por estar junto a mí; con su amor, bondad y permitirme

Llegar a este momento especial de mi vida.

A mis padres pilares fundamentales de este proceso

A mi esposo por brindarme su apoyo incondicional

A la Universidad Técnica Particular de Loja,

a sus Directivos, tutores la excelente preparación recibida.

Silvia

Agradezco infinitamente a Dios por guiarme y contemplarme

en esta meta, a mi Madre ya que por ella he podido llegar

a este punto tan importante en mi carrera,

a la Universidad Técnica Particular de Loja por brindarme

la oportunidad de prepararme de manera integral.

Karen

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| I. Resumen | 11 |
| II. Introducción | 12 |
| II. MARCO TEÓRICO | 15 |
| CAPÍTULO I | 15 |
| 3.1 Conceptualización del Estrés | 15 |
| 3.1.1 Antecedentes del estrés | 15 |
| 3.1.2 Desencadenantes del estrés. | 16 |
| 3.1.3. Tipos de estresores: | 16 |
| 3.1.3.1 Psicosociales | 17 |
| 3.1.3.2 Biogénicos | 17 |
| 3.1.4 Estrés laboral | 17 |
| 3.1.5 Moduladores del Estrés | 19 |
| 3.1.6. Consecuencias del estrés: | 20 |
| 3.1.7 Medidas preventivas y control del estrés | 22 |
| CAPÍTULO II | 24 |
| 3.2 Conceptualización del Estrés | 24 |
| 3.2.1 Definición del Burnout | 24 |
| 3.2.2 Delimitación histórica del síndrome de Burnout | 25 |
| 3.2.3 Poblaciones propensas al Burnout | 26 |

| | |
|--|----|
| 3.2.4 Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout | 27 |
| 3.2.5 Características, causas y consecuencias del Burnout | 27 |
| 3.2.6 Modelos explicativos del Burnout | 29 |
| 3.2.6.1 El modelo control-demanda-apoyo social | 29 |
| 3.2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout | 29 |
| 3.2.7.1 Estrategias individuales | 30 |
| 3.2.7.2 Técnicas fisiológicas | 30 |
| 3.2.7.3 Técnicas conductuales | 31 |
| 3.2.7.4 Técnicas cognitivas | 31 |
| 3.2.7.5 Estrategias de intervención social | 32 |
| 3.2.7.6 Estrategias de intervención organizacional | 32 |
| CAPÍTULO III | 33 |
| 3.3 Conceptualización del Estrés | 33 |
| 3.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales | 33 |
| 3.3.1.1 Motivación y satisfacción laboral | 33 |
| 3.3.2 El Burnout y la relación con la salud mental | 33 |
| 3.3.2.1 Definición de salud mental | 33 |
| 3.3.2 .2 Salud Mental y el Estrés | 34 |
| 3.3.2.3 Síntomas somáticos | 35 |
| 3.3.2.4 Ansiedad e insomnio | 36 |
| 3.3.2.5 Tipos de depresión | 37 |
| 3.3.3 El Burnout y el afrontamiento | 37 |

| | |
|--|----|
| 3.3.3.1 Definición de afrontamiento | 37 |
| 3.3.3.2 Teorías de afrontamiento | 38 |
| 3.3.3.3 Estrategias de afrontamiento | 38 |
| 3.3.3.3.1 Estrategias orientadas al individuo | 42 |
| 3.3.4 El Burnout y la relación con el apoyo social | 43 |
| 3.3.4.1 Definición de apoyo social | 43 |
| 3.3.4.2 Modelos Explicativas del Apoyo Social | 43 |
| 3.3.4.3 Apoyo Social Percibido | 44 |
| 3.3.5 El Burnout y la relación con la personalidad | 44 |
| 3.3.5.1 Definición de personalidad | 44 |
| 3.3.5.2 Tipos de personalidad | 45 |
| 3.3.5.3 Patrones de conducta y de personalidad | 46 |
| IV. METODOLOGÍA | 47 |
| 4.1 Diseño de la Investigación | 47 |
| 4.1.1 Participantes | 47 |
| 4.1.2 Instrumentos | 47 |
| 4.1.3 Recolección de datos | 49 |
| V. RESULTADOS | 50 |
| 5.1 Cuestionario Sociodemográfico | 50 |
| 5.2 Cuestionario MBI | 60 |
| 5.3 Cuestionario de Salud General | 62 |
| 5.4 Cuestionario de Afrontamiento | 64 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 5.5 Cuestionario de Apoyo Social | 64 |
| 5.6 Cuestionario de Personalidad | 65 |
| VI. DISCUSIÓN | 65 |
| VII.CONCLUSIONES | 71 |
| VIII. RECOMENDACIONES | 72 |
| IX. BIBLIOGRAFÍA | 73 |
| X. ANEXOS | 76 |

1. RESUMEN EJECUTIVO

El ser humano se encuentra expuesto a diversas situaciones tanto externas como internas debido a sus características biológicas, psicológicas y sociales. Una de las enfermedades más comunes en nuestra sociedad es el estrés la cual produce graves consecuencias en la salud de las personas. Dentro del campo laboral la fatiga producida por el estrés elevado se lo ha denominado como “burnout” y es una de las causas de mayor incidencia de ausentismo laboral, lo que genera pérdidas económicas en el sistema productivo, y afecta al individuo en su salud física y mental. En la presente investigación se recolecto información a través de cuestionarios previamente establecidos y reconocidos como instrumentos habilitados para contrastar los factores relacionados con este síndrome en aras de determinar si en los médicos y enfermeras del Hospital “Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta se ha desarrollado el síndrome de “burnout”. Este estudio tiene la finalidad de analizar las características tanto psíquicas como físicas, con el fin de determinar si existe la prevalencia del síndrome en la muestra de profesionales (médicos y licenciadas en enfermería) del hospital.

2. INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de estudios a distancia y a través de la escuela de la Titulación de Psicología, plantea para el presente periodo (Mayo 2012 – Diciembre 2012) el programa de graduación “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”.

Esta investigación recopila información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de burnout (desgaste profesional del trabajador), pues ocupa una de las principales causas de enfermedad laboral, absentismo.

En Estados Unidos, el costo estimado del estrés ocupacional es de ciento cincuenta billones de dólares al año (Wright y Smye, 1996). En el Reino Unido se calcula que el costo de estrés asciende cada año hasta el 10% del producto interno bruto, como consecuencia de las enfermedades, rotación del personal y muerte prematura.

Según los datos de la encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo en el sistema general de riesgos profesionales realizado por el Ministerio de Protección Social (2007) en Colombia, dos de cada tres trabajadores manifestaron estar expuestos a factores de riesgo psicosocial durante la última jornada laboral completa y un 20% a 33% manifestaron sentir altos niveles de estrés.

La necesidad de estudiar el burnout (desgaste profesional), está relacionado con el estudio de los procesos de estrés laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997), ya que se ha considerado como un problema directamente relacionado con el ambiente de trabajo y es mencionado como uno de los riesgos psicosociales procedentes de la actividad laboral con influencia en la salud del trabajador.

El objetivo de este proyecto, es identificar el nivel de burnout en los empleados de instituciones sanitarias ya que se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, el trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés laboral que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas de salud, psicológicos y conductuales.

Como características del burnout encontramos tres dimensiones: (1) agotamiento o cansancio emocional definido como fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; (2) despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; (3) baja realización personal o logro caracterizado por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Gil-Monte, Peiró y Valcácel, (1998) han señalado que las respuestas ante el burnout aparecen cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con los pacientes. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones y para la organización.

En estudios realizados respecto a esta temática la prevalencia de burnout a nivel de Iberoamérica se puede indicar los siguientes datos: en los médicos residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay, los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesionales, Médicos tuvo un prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajan en urgencias (17%) e internistas(15,5%). (Grau, A Flichtentrei, D, Suñer, R, Prats, M, y Braga, F, 2007)

Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgos psicosociales entre ellos el burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja pretende contribuir a la temática con la identificación del desgaste profesional en los trabajadores de las instituciones

sanitarias del Ecuador, en el caso de este proyecto en el Hospital “Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta.

El estudio tiene como finalidad determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instrucciones sanitarias, identificar el apoyo social procedente de la red social, conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de salud. Para desarrollar estos objetivos, se analizarán datos recolectados a través de documentos técnicos, que permitirán evidenciar características de los profesionales como:

- Estado de salud mental.
- Apoyo procedente de la red social.
- Modos de afrontamiento utilizados ante situaciones adversas.
- Rasgos de personalidad.

Los resultados para el análisis de la investigación se obtendrán de forma cuantitativa y cualitativa y no experimental en un tiempo determinado, correlacionando las características señaladas.

3. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

3.1 Conceptualización del Estrés

3.1.1 Antecedentes del estrés

Existen diferentes teorías en función del origen del estrés, principalmente en lo que se refiere a las personas que estudiaron estas reacciones y el año en que se realizó.

El filósofo y médico de Hans Selye, nacido en Austria y nacionalizado en Canadá es considerado como el promotor del concepto estrés, ya que este en el año de 1930 cuando era un estudiante de segundo año de Medicina de la Universidad de Praga en Checoslovaquia, debido a que observó en los pacientes que el trataba, la mayoría presentaban sintomatologías similares tales como: pérdida de apetito, agotamiento físico, disminución de peso, entre otros, a los que él le llamó “el síndrome del enfermo”.

Los estudios de Selye fueron influenciados por otros que durante varios años estudiaron estas particulares sintomatologías. Entre ellos se puede mentar al médico estadounidense George Beard quien a mediados del siglo XIX, utilizó el término neurastenia para conceptualizar síntomas como: la fatiga, dolor de cabeza, ansiedad, depresión, etc., los cuales se presentaban principalmente por saturación y/o agotamiento del sistema nervioso debido a la sobrecarga de situaciones que experimentaban los pacientes.

El filósofo estadounidense Walter, C. (2000) en uno de sus estudios, determinó que los estímulos del entorno provocan efectos en el organismo de las personas, es decir, que argumentaba los tipos de reacciones que las personas generan en función de un estímulo externo.

Estos adelantos serían los aportes que promoverían el estudio de una de las enfermedades más estudiadas en los años actuales.

De acuerdo a Jácome; S. (2010), en su libro La enfermedad del siglo XXI, define al estrés de la siguiente manera:

“El estrés es una patología que proviene de múltiples causas, en donde intervienen variables tanto del contexto del trabajo como externas a él, así como inherentes a la persona.”

Es evidente que éste padecimiento es de origen complejo y se genera en base a la diversas situación que se producen de manera externa e interna al individuo, su padecimiento es generalizado y refleja la vulnerabilidad del sistema nervioso y la capacidad de enfrentar situaciones de carácter estimulantes.

3.1.2 Desencadenantes del estrés.

De acuerdo a la definición de Seyle (1930) que presenta en sus estudios los estresores son:

“...cualquier evento que cause impacto o impresión en el organismo humano”(s/p)

Es por lo tanto cualquier situación, suceso, ser, objeto o acción, que puede se percibir del entorno y que provoca una reacción de estrés en la persona. Los estresores son entonces son factores desencadenantes.

Los factores que causan el estrés puede ser clasificados de diferentes formas: estresores específicos del puesto de trabajo, factores internos y factores extra organizacionales.

La medicina se ha preocupado mucho por el estudio de los pacientes que sufren estrés, aunque en su mayoría de técnicas ha tratado de solucionar los efectos, medicina curativa, más pocos son los avances para contrarrestar las causas que las provocan alteraciones que pueden provocar efectos psicosociales, biogénicos, internos y externos. (Guerrero, 2009)

3.1.3. Tipos de estresores:

3.1.3.1 Psicosociales

Los estresores psicosociales se presentan como respuesta de manera individual en referencia a cada persona, no todas las personas lo poseen, se puede citar a una persona que tenga pánico escénico, a hablar en público, a llegar a una reunión con

personas desconocidas entre otros. Estos factores necesitan de la participación de una fase de valoración cognitiva.

Según Barrón (1996), la importancia del apoyo social se enmarca dentro del estrés psicosocial, en su doble vertiente de la ayuda objetivamente recibida y de la subjetivamente percibida. Desde esta óptica, el apoyo social funciona como mecanismo de prevención primaria y como actor paliativo de trastornos psicológicos: en el plano preventivo, actúa reforzando conductas saludables e inhibiendo comportamientos de riesgo. En el paliativo, minimiza el impacto patológico del estrés, el bienestar psicológico, la autoestima y el sentido de comunidad.

3.1.3.2 Biogénicos

El estrés puede ser producido por aquellas situaciones que son independientes de la fase de tratamiento cognitivo o de su interpretación. Estos estímulos son aquellos que producen en el ser humano una cierta modificación química en nuestro organismo de manera independiente de si se quiere o no reaccionar conscientemente, entre ellos tenemos las temperaturas extremas, la ingesta de café, la contaminación ambiental por ruido, el tráfico vehicular, entre otros. Los núcleos excitadores afectivos y neurológicos actúan sin necesidad de la aceptación cognitiva, actúan directamente en el organismo produciendo la respuesta del estrés.

De acuerdo a ciertas teorías se pueden dividir en:

- Estresores Internos
- Estresores Externos

Los estresores internos son los distintos modos de vivir las experiencias que tiene la gente, que tienen que ver con su temperamento básico y su carácter.

Los estresores externos que provocan estrés, son estímulos tales como: las exigencias laborales, la contaminación ambiental, problemas sentimentales y/o personales, divorcios, matrimonios, separaciones, enfermedades de algún pariente o amigo, problemas económicos y cualquier otra situación que pueda desencadenar en la persona una sobre exigencia emocional que se encuentre fuera del ritmo de vida habitual.

3.1.4 Estrés laboral

La Organización Internacional del Trabajo establece sobre el estrés laboral lo siguiente:

“Esta enfermedad es un peligro para la economía de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores”

Esta afirmación de la OIT se basa en los múltiples estudios realizados en los trabajadores, principalmente en profesionales que se encuentran expuestos a situaciones directas con situaciones de riesgo laboral y múltiples espectros de afectación externa.

Los trabajadores cuando se presentan ante una situación de estrés laboral tratan de enfrentar por medio de estrategias, disminuir el foco de la causa del estrés. El manejo de estas situaciones muchas veces depende de la experiencia que tenga el individuo en la generación de respuestas y técnicas para manejar el mismo tratando de que no les afecte de manera directa.

De acuerdo a Slipack (1996) que propone en su libro Los tipos de estrés laboral, propone la siguiente clasificación del estrés laboral: El episódico y el crónico. El primero se debe a la sobrecarga de trabajo, un ambiente inadecuado para realizar sus labores, estar ante situaciones de decisiones que tengan mucha responsabilidad y alteraciones del ritmo biológico. El estrés laboral crónico se diferencia del anterior debido a que este se presenta de manera más recurrente cuando la persona es expuesta a estresores de una manera continua.

De acuerdo a un estudio realizado por la Comunidad Europea (2009), afirma que el estrés es la causa número uno que produce las bajas por ausentismo laboral, esto se evidenció principalmente en docentes, agentes del orden, profesionales de la salud, y cargos directivos debido a que estos manejan un grado de estrés laboral sumamente elevado, según Navarro (2007) entre el 50% y el 60% del ausentismo laboral, el 30% de los españoles sufren estrés laboral, según el Ministerio de Trabajo de dicho país, mientras que los sindicatos doblan este porcentaje hasta el 64% de los trabajadores.

Doval, Moleiro y Rodríguez (2004) expresan que el estrés laboral aparece cuando por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral.

Resulta imprescindible abordar las causas que producen el estrés laboral, ya que de esta manera se puede mitigar en lo posible la presencia de la misma.

Por otra parte es necesario tomar en cuenta que el origen del estrés laboral según Melgosa (1999), puede considerarse como de naturaleza externa o interna, por lo que se puede decir que cuando los agentes externos o ambientales son excesivamente fuertes hasta los individuos mejor capacitados pueden sufrir estrés laboral y cuando un trabajador es muy frágil psicológicamente aun los agentes estresantes suaves le ocasionaran trastornos moderados.

Los factores estresantes en el contexto laboral pueden ser:

- Factores intrínsecos al propio trabajo
- Factores relacionados con las relaciones interpersonales
- Factores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional
- Factores relacionados con la estructura y el clima organizacional

3.1.5 Moduladores del Estrés

Los efectos del estrés laboral no son automáticos, ni tienen una repartición aleatoria, sino que se mediatizan por medio de una serie de variables moduladoras como plantea Sánchez (2000) que se plantea a continuación:

- Recursos materiales disponibles (Dinero, empleo, vivienda)
- Autoestima y aceptación
- Personalidad
- Formación y la experiencia
- Apoyo social
- Estilo de afrontamiento

En los estudios Charot (1895) y Rubio (1991) ellos plantearon que la ansiedad y el estrés pues ser considerados como sinónimos, por provocar un mismo tipo de reacción emocional, caracterizados por una alta activación fisiológica, siendo la ansiedad una reacción emocional de alerta ante una amenaza y el estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio. El estrés se produce como consecuencia

del desequilibrio entre las demandas de la situación, estos son los estresores que se han mencionado.

Factores que influyen en la enfermedad

| Predisponentes | Precipitantes | Perpetuadores | Protectores |
|---------------------------------|--|---|--|
| Vulnerabilidad biológica | Acontecimientos estresantes | Estresores permanentes | Atributos temperamentales de adaptabilidad |
| Características de personalidad | Estímulos que provocan respuesta emocional displacentera | Elementos temperamentales ligados a la ansiedad | Adecuada relación intrafamiliar |
| Primeras al estrés | | Reforzadores | Red de hermanos |
| Influencias socioculturales | | Influencias familiares | Soporte comunitarios |

Fuente: Laks y Fosson, 1989

3.1.6. Consecuencias del estrés:

El estrés en un inicio logra dinamizar las actividades de la persona produciendo un proceso de aumento de atención, activación fisiológica, memoria, reacción, rendimiento, entre otros, que hace que aumenten las funciones productivas de la persona. Pero cuando el cuadro de estrés se presenta de manera intensa o se prolonga por en el tiempo estas actividades comienzan a agotarse y por lo tanto el rendimiento disminuye sustancialmente.

Dentro de las consecuencias que el estrés puede producir, se plantea subdividirlas: fisiológicos, cognitivas, motoras.

Consecuencias fisiológicas, se pueden definir como los efectos provocados por el estrés en el ser humano y que afecta al funcionamiento o alguna parte de ella. De acuerdo a Juan Jiménez Roset (1997) ex director de la Unidad Hospitalaria de Estrés-Madrid, de los cuales se puede citar las siguientes:

Trastornos cardiovasculares:

- Hipertensión esencial
- Enfermedad coronaria
- Taquicardia

- Arritmias cardíacas
- Enfermedad de Rainaud
- Cefaleas migrañosas

Trastornos respiratorios:

- Asma bronquial
- Síndrome de hiperventilación
- Alteraciones respiratorias
- Alergias

Trastornos gastrointestinales:

- Úlcera péptica
- Dispepsia funcional
- Síndrome de colon irritable
- Colitis ulcerosa

Trastornos sexuales:

- Impotencia
- Eyaculación precoz
- Coito doloroso
- Vaginismo
- Disminución del deseo

Trastornos endocrinos:

- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Síndrome de Cushing

El estrés también tiene consecuencias motoras, son aquellas que afectan al igual que las fisiológicas pero se enfocan directamente a la motricidad del individuo, por ejemplo:

- Tics, temblores y contracturas musculares
- Alteraciones de reflejos
- Lumbalgias
- Cefaleas tensionales

- Alopecia
- Vitiligo
- Tartamudez

Según Aragón (2010) las afectaciones por los estresores también se ven reflejadas en la parte cognitiva, generando reacciones internas, que son el desencadenante de múltiples síntomas. Las investigaciones formulan que estas consecuencias son las que primero deben ser atacadas y tratadas con la finalidad de evitar que la cadena de síntomas se amplíe.

Entre las consecuencias a nivel cognitivo tenemos:

- Preocupación,
- Temor,
- Inseguridad,
- Dificultad para decidir,
- Miedo,
- Pensamientos negativos sobre uno mismo,
- Pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros,
- Temor a que se den cuenta de nuestras dificultades,
- Temor a la pérdida del control,
- Dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.

3.1.7 Medidas preventivas y control del estrés

Habitualmente cuando se estudia la forma de prevenir el estrés, la mayoría de técnicas y/o sugerencias van dirigidas exclusivamente a las consecuencias que este provoca, pero la forma adecuada sería tratar de eliminar o disminuir el impacto que los factores que los provocan.

Debido a que las causas y el origen del estrés son muchas, existen varias medidas de prevención y control del estrés, y estas deben estar dirigidas tanto a la persona como al medio donde esta se desenvuelve.

Según el Dr. Juan Sebastian (2008), en su libro *Afrontamiento del Estrés*, plantea las medidas siguientes medidas preventivas:

- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabacos o cualquier tipo de sustancias que alteren el sistema nervioso.
- Tener una alimentación balanceada, priorizando frutas y verduras que provean al organismo de vitaminas y fibras.
- Eliminar el exceso de adrenalina por medio de la realización de ejercicios físicos.
- Dedicar tiempo a momentos de esparcimiento con la familia y amigos, rompiendo la rutina y oxigenando su tiempo.
- Practicar diferentes técnicas de relajación y respiración.

CAPÍTULO II

3.2 Conceptualización del Burnout

3.2.1 Definición del Burnout

El ser humano por ser un ente biopsicosocial que está expuesto a un sinnúmero de situaciones tanto externas como internas, y estas pueden afectar a su salud.

Las personas que laboran una cantidad elevada de horas y se enfrentan a situaciones con un alto índice de presión debido a las actividades específicas que realizan, por lo que pueden ser afectadas en su salud mental. Es habitual que las personas que laboran en áreas donde sus funciones están relacionadas con la ayuda a otros, sufran alta concentración de estrés laboral y esta situación produzca en ellas el síndrome de burnout.

El burnout se desarrolla dentro del campo organizacional donde el stress laboral crítico produce alteraciones en la salud de los profesionales. Este síndrome no es muy conocido debido a la poca difusión o escasos estudios realizados. En nombre de síndrome burnout es un anglicismo que no se ha podido traducir de manera exacta, aunque en algunos intentos se lo ha nombrado como “desmoralización” (Serra, Vendrel y Boté, 1999), “síndrome de quemarse por el trabajo” (Gil-Monte, 2005); “fatiga laboral” (Thomaé, Ayala, Sphan, Stortti, 2006), “desgaste laboral” (Turnes, 2002).

Los autores Thomaé, Ayala, Sphan, Stortti (2006) definen al Burnout como:

“la respuesta al estrés laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones conflictivas interpersonales”

En relación a la definición de este autor establece las causas que determinan la afección en los profesionales y se denota los efectos que serían los principales

problemas que se generan a partir de la sintomatología. Vivimos en un mundo basado en relaciones interpersonales y las emociones en la actualidad son más importantes que el conocimiento por sí mismo.

En conclusión el Burnout es un síndrome de *distrés interpersonal crónico en el trabajo*. A este síntoma lo caracteriza varios sentimientos tales como depresión personal, autoeficiencia reducida, despersonalización, desánimo y fatiga producida por el exceso de trabajo y la continua carga de responsabilidad que siente.

3.2.2 Delimitación histórica del síndrome de Burnout

Existen muchas teorías del origen del estudio del Burnout, aunque la mayoría coinciden que fue el psicólogo clínico estadounidense Herbert Freudenberger en el año de 1974 en un estudio de campo realizado al personal del área de la salud, motivado por el cambio de actitud observada en los profesionales sanitarios en el transcurso del tiempo.

En el campo organizacional uno de los precursores fue Gillespie (1980) quien realizó un estudio donde comparó las altas pérdidas que generaba en las actividades profesionales el tener personal con Burnout. Resulta prioritario citar a Burke y Richardsen (1991), ya que estos amplían el estudio incluyendo variables de orden organizacional, personal y del entorno como un estresor externo; *“existe un acuerdo general en que el Burnout ocurre a un nivel individual, es una experiencia psicológica interna envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de distrés y discomfort”*

Herbert Freudenberger al utilizar el término Burnout hacía referencia a aquellos profesionales que al término de un largo periodo, que podía ser entre uno y tres años, perdían el interés y la motivación por las labores que realizaban. Entre los factores comunes de esta situación es que estas personas realizaban trabajos rutinarios, con una elevada carga horaria, adicional a esto el grado de estrés al que eran sometidos era alto, principalmente porque les tocaba enfrentar situaciones con modulares de estrés recurrentes y durante muchas horas.

Los estudios de la psicóloga Cristina Maslach (1982) corroboraban las teorías que hasta el momento se había dado, coincidiendo con Freudenberger, y definiendo al Burnout como:

“un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan directamente con personas”.

En cambio Edelwich y Brodsky (1999), otros autores lo direccionaron de la siguiente manera:

“una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo”.

Aunque las dos definiciones tienen la misma fundamentación los autores de la segunda definición, abordan a la problemática desde el punto de vista de la falta de estrategias para combatir o disminuir las causas que provocan esta despersonalización laboral.

La Organización Mundial de la Salud (2006) establece *“al síndrome de Burnout como uno de los cinco problemas sanitarios más graves de la actualidad, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales”*

3.2.3 Poblaciones propensas al Burnout

El Burnout es un síndrome que puede afectar a toda persona que realiza un trabajo principalmente cuando este integra el contacto directo con otras personas en función de brindar un servicio. De acuerdo al psiquiatra Alonso-Fernández (2009), quien es catedrático de la Universidad Complutense, genera una clasificación de las poblaciones propensas:

- Los gerentes, empresarios y directivos de organizaciones; denomina estrés de la competitividad.
- Los artistas, investigadores, escritores; le llama estrés de la creatividad.
- Los profesores, funcionarios, vendedores, secretarias; estos se encuentran siempre en contacto con otros, les denomina estrés de las relaciones.
- Los operarios de la salud como doctores y enfermeras; el estrés de la responsabilidad.
- Los policías, militares, bomberos y fuerzas del orden en general se establece que padecen del estrés del miedo.

De todas estas poblaciones, los estudios de Burnout han concluido que las más afectadas son los profesionales asistenciales debido a que demuestran más desgaste, puntualizando los operarios de la salud y los docentes.

3.2.4 Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout

Las fases del Burnout se las puede clasificar de acuerdo al modelo que se esté siguiendo o estudiando. La mayoría de los modelos tienen fases comunes, lo que varía en realidad es el orden en que se presentan las diferentes tesis. Para Leiter y Maslach (1988) las fases de desarrollo son:

- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Baja realización personal

Dentro de las fases de desarrollo se encuentra el agotamiento emocional, el cual se desarrolla debido a un elevado aumento de trabajo y a una progresiva pérdida de energía, representado en el cansancio del individuo. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde la mirada externa, se las empieza a percibir como personas permanentemente insatisfechas e irritables.

Despersonalización, cabe resaltar que este no es sinónimo del cuadro psiquiátrico del mismo nombre, este es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el miedo.

Baja realización personal, es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autorreclusión. Los demás comienzan a percibirlo como una especie de fanático depresivo y hostil.

3.2.5 Características, causas y consecuencias del Burnout

El síndrome del burnout perturba el estado de salud de la persona, según Ferico Kang (1996) las consecuencias pueden ser:

- 1) Fisiológicas: Agotamiento físico, fatiga, resfríos/gripes a repetición, alteraciones del apetito, contracturas musculares dolorosas, cefaleas, taquicardia, hipertensión, disfunciones sexuales, insomnio, trastornos gastrointestinales, úlceras.
- 2) Psicológicas: Irritabilidad y enojo excesivo, ansiedad, rasgos depresivos, labilidad emocional, tristeza /desesperanza, actitudes rígidas e inflexibles, sentimiento de frustración laboral, sentimiento de despersonalización.
- 3) Conductuales: Expresiones de hostilidad, conductas impulsivas, incapacidad de concentrarse en el trabajo, contacto mínimo con los pacientes, culpar a los pacientes de los padecimientos personales, aumento de relaciones conflictivas, llegadas tarde, salidas anticipadas, distanciamiento recurrente del área del trabajo, aumento del ausentismo, comunicación no verbal, actitud cínica, aumento del consumo de café, alcohol, cigarrillos, psicofármacos.

La organización mundial de la salud (2006) establece que las causas serían:

- a) Falta de éxitos terapéuticos y de progreso observable en los pacientes.
- b) Descuido institucional de las necesidades del paciente, a favor de las necesidades administrativas, financieras, burocráticas y legales.
- c) Inadecuados sistemas de promoción que afectan el necesario prestigio social.
- d) Falsos liderazgos.
- e) Falta de interacción social. (El profesional se aísla de sus vínculos personales y de sus colegas)
- f) Falta de apoyo entre los miembros de un equipo.

Las modificaciones socioeconómicas (condiciones impuestas por las obras sociales, falta de presupuesto para recursos materiales y humanos, sobrecarga de pacientes, etc.) han impactado sobre la medicina tendiendo a la deshumanización de la misma y condicionando el ejercicio de los profesionales quienes se sienten desamparados frente ante la creciente incidencia de juicios por mala praxis y terminan ejerciendo una medicina a la defensiva, viendo al paciente ya no como al prójimo al que deben

socorrer sino como un potencial enemigo. Con frecuencia los profesionales se sienten perseguidos y mal tratados socialmente. La excesiva burocratización de las consultas generan en los médicos la sensación de: “*gestores del sistema a secretarios del mismo*”

3.2.6 Modelos explicativos del Burnout

Los modelos que se han generado a través de los años de los cuales a continuación se abordan los principales.

- *Modelo de Golembiewski, M.*: Destaca el agotamiento emocional como principal dimensión en el Burnout.
- *Modelo de Gold (1984)*: El síndrome no aparece hasta cuando se completan las fases: Baja realización, agotamiento emocional, despersonalización.
- *Modelo Maslach y Jackson (1986)*: El síndrome como resultado de la incapacidad para afrontar el estrés en el trabajo.
- *Modelo Leiter y Maslach (1991)*: Está influida por las percepciones hacia factores organizativos, individuales y sociales
- *Modelo de Farber (1991)*: Las emociones y las cogniciones son variables mediadoras del Burnout.

3.2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout

Las investigaciones sobre los estudios del síndrome de Burnout se han enfocado en la descripción, definición, en el análisis de las variables, en los factores que los producen y la gran mayoría ha partido de lo que lo producen (sus consecuencias), enfocándose como investigaciones retrospectivas o bien análisis estadísticos que miden los mismos.

Álvarez y Fernández (2007) clasifican en dos categorías los distintos estudios revisados en su trabajo sobre la prevención y el tratamiento del burnout: *la prevención primaria*, que engloba aquellos estudios que aportan propuestas sobre aspectos que

han demostrado experimentalmente ser relevantes para prevenir el síndrome, y *la secundaria*, que engloba estudios que comparan técnicas de intervención.

Otros autores han concluido que la forma más eficaz de enfocar la prevención y el tratamiento del burnout se orienta hacia la intervención tanto a nivel individual o personal como social y organizacional.

3.2.7.1 Estrategias individuales

La puesta en práctica de habilidades y estrategias útiles permite a los profesionales afrontar las situaciones desencadenantes y las consecuencias que se generan. Por lo que se considera relevante el promover la producción de medidas que aporten para la adaptación del individuo a los focos de estrés laboral.

Ivancevich y Matteson (1989) hacen una clara distinción entre los entrenamientos dirigidos a la adquisición de estrategias instrumentales para afrontar el estrés y aquellos encaminados a la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones. Entre los primeros, destacan por su efectividad el entrenamiento en solución de problemas y el entrenamiento en asertividad y en manejo eficaz del tiempo.

Buendia y Ramos (2001) establecen dos tipos de estrategias: la de carácter paliativo y las de adquisición de estrategias instrumentales y Gil-Monte y Peiro(1993) determinan que el uso de estrategias focalizadas en la situación problemática ayuda a prevenir el desarrollo del síndrome y que las estrategias de evitación-escape, centradas en la emoción, facilitan su aparición.

3.2.7.2 Técnicas fisiológicas

El estrés laboral produce malestar físico y emocional, en estas situaciones se propendan el uso de técnicas fisiológicas que disminuyan el malestar físico.

Las técnicas de relajación física según Labrado (2008) son:

- Técnicas para la relajación física
- El control de la respiración
- El biofeedback.

Labrador (2007) expone sobre las técnicas de control de respiración, que las situaciones estresantes provocan respiración rápida y superficial, lo que implica un aumento de la tensión general del organismo.

Dentro de los beneficios que estas técnicas generan es que permiten oxigenar adecuadamente el organismo y fomenta el control de la respiración de manera automática.

3.2.7.3 Técnicas conductuales

En las situaciones problemáticas producto del estrés laboral, se necesita que el individuo domine varias habilidades y competencias que le proporcionen herramientas de afrontamiento.

Según Labrado (2008) algunas técnicas conductuales serían:

- Entrenamiento asertivo.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Técnicas de solución de problemas
- Técnicas de autocontrol.

El exceso de carga laboral, la falta de descanso, el incremento de situaciones tensionantes y la falta de busca de ayuda son otros de los factores conductuales según Freire (2005).

Peiro (1993) establece que una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso y no consumir excitantes ni fármacos psicoactivos son factores que mejoran el estado de salud y el sistema inmunológico, al mismo tiempo que modulan la respuesta de estrés laboral. De la misma manera, propone que el ejercicio físico aumenta la resistencia ante los efectos de dicho estrés.

3.2.7.4 Técnicas cognitivas

Por medio de la percepción, evaluación de problemáticas y la interpretación se puede generar el abordaje cognitivo que es un de las estrategias fundamentales según Freire (2006) y establece las siguientes técnicas cognitivas:

- La desensibilización sistemática
- La detención del pensamiento
- La inoculación de estrés
- La reestructuración cognitiva.
- El control de pensamientos irracionales
- La eliminación de actitudes disfuncionales y
- La terapia racional emotiva.

Calvete y Villa (1997) investigaron la influencia de las creencias irracionales en los síntomas de estrés y Burnout en una muestra de profesores de enseñanza secundaria. Los resultados revelaron que la asociación entre las creencias irracionales y los síntomas de estrés y de Burnout es estadísticamente significativa.

Por su parte Rubio (2001) demostró que existen relaciones significativas entre las actitudes disfuncionales y el Burnout.

Es relevante indicar que el manejo de estas técnicas cognitivas son consideradas como acciones directas en función de las conexiones que se establecen mediante su aplicación con el cerebro del individuo.

3.2.7.5 Estrategias de intervención social

El ser humano es un ente eminentemente social, pero las situaciones de la vida le producen en ocasiones aislamiento y/o alejamiento de las personas que los rodean, esto influye negativamente e incrementa el deterioro de la salud de las personas. Por medio de las estrategias de intervención social se busca disminuir el aislamiento y fomentar las situaciones de socialización potenciando el apoyo social por medio de situaciones generadas por medio del trabajo colaborativo. El apoyo social es un excelente amortiguador de los efectos perjudiciales del estrés laboral ya que aumenta la capacidad de afrontamiento. Sandin (1996) afirma que el apoyo social actúa sobre la salud de forma directa. Asegura que disfrutar de una óptima red de apoyo facilita las experiencias individuales de autoestima, afecto positivo y sensación de control, que protegen al individuo de posibles trastornos y que posiblemente mejoren el sistema inmunológico.

3.2.7.6 Estrategias de intervención organizacional

El producir cambios en el sistema, principalmente en aspectos disfunciones de la estructura organizacional permite fomentar reacciones positivas en función de mejorar el ambiente en que se desenvuelve el individuo. Parkes (1998) afirma de manera categórica que es ingenuo e incluso éticamente discutible el someter a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés mientras persistan en la empresa las exigencias excesivas o las condiciones de trabajo inapropiadas.

Otra de las estrategias de intervención organizacional es incrementar la participación de los colaboradores de las empresas en los procesos de toma de decisiones, en función de que aumente la responsabilidad, generar empoderamiento y oxigena los procesos que en la mayoría de ocasiones son rutinarios.

CAPÍTULO III

3.3 Conceptualización de las variables de investigación

3.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

3.3.1.1 Motivación y satisfacción laboral

Según Harold Koontz, la motivación es un término genérico que se aplica a una serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos y fuerzas similares. Decir que los administradores motivan a sus subordinados, o sea, que realizan cosas con las que esperan satisfacer esos impulsos y deseos e inducir a los subordinados a actuar de determinada manera.

Se puede definir a la motivación como un impulso hacia la realización de una actividad específica; si la actividad es laboral resulta preponderante que el individuo se encuentre motivado para que la actividad no se transforme en una situación poco agradable y aburrida, lo que puede traer consigo consecuencias como cansancio, despersonalización y falta de interés.

Por otro lado Robbins (1998) considera a la satisfacción de los trabajadores como un fin en sí mismo, que tiene un valor intrínseco que compete tanto al trabajador como a la empresa y que no es conveniente adoptar posturas utilitaristas que consideren la satisfacción laboral sólo como uno más de los factores necesarios para lograr una

producción mayor, la cual sería un beneficio cuyos frutos se dirigirían principalmente a la empresa.

3.3.2 El Burnout y la relación con la salud mental

3.3.2.1 Definición de salud mental

Para poder definir salud mental, se propone citar la definición de salud según OMS (1948):

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Como se puede notar en la definición, salud no solamente es sinónimo de no padecer enfermedades, sino que es una definición mucha más amplia. Dentro de esta definición es denota el bienestar o salud mental, que muchas veces ha sido poco tomada en cuenta por las personas, tomando al ser humano como simples procesadores de información, mano de obra, etc.

La misma OMS en la declaración de Edimburgo sobre la promoción de la salud mental y el bienestar en el trabajo (2010), define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

3.3.2 .2 Salud Mental y el Estrés

Una de las principales causas del ausentismo laboral son las enfermedades mentales y estas generan un costo significativo de causas de pérdidas en la productividad. Se estima que los problemas de salud mental en la población son muy comunes, estudios demuestran que uno de cada cinco personas padecen de algún trastorno mental.

Según Trucco (1994) indica que las personas psicológicamente saludables pueden presentar síntomas emocionales en ciertas circunstancias, pero éstos son apropiados y proporcionados a dichas situaciones. La salud mental involucra un amplio rango de conductas, emociones, cogniciones y aptitudes.

En función de esto se puede decir que un individuo que tiene un salud mental buena tendrá por lo tanto una buena salud y se sentirá bien, logrando así tolerar índices

razonables de presión, proceso de adaptación circunstancial y relaciones personales estables.

También recalca Trucco (1994) que las enfermedades no transmisibles, entre ellas los trastornos mentales, ocupan un lugar importante entre las causas de incapacidad laboral, tanto temporal como definitiva. Se conoce que en algunas situaciones ambientales o de trabajo, un individuo hasta entonces normal puede presentar alteraciones definidas, denominadas reacciones situacionales o trastornos de adaptación, a las cuales se unen los conflictos extralaborales, que actúan de manera aditiva sobre la enfermedad situacional por estrés ocupacional.

Las respuestas a los posibles estresores ambientales varían de una persona a otra por diferentes factores, entre los que figuran: edad, sexo, estilo de vida, estado físico y mental, tipo de personalidad y otros.

Trucco (1998) indica algunas condiciones laborales que permiten promover la salud mental de las personas y facilitar el desarrollo del potencial humano son las siguientes:

- El trabajo proporciona el sustento necesario para la satisfacción de las necesidades básicas del trabajador y de su grupo familiar.
- Existe preocupación por la seguridad física y psicológica, incluyendo condiciones seguras en cuanto a ambiente, carga y jornada; así como especial atención en la prevención de accidentes y enfermedades profesionales.
- Ofrece un clima de trabajo adecuado, facilitando la confianza, el respeto y el apoyo en las relaciones interpersonales. Se facilita la identificación y el compromiso del trabajador con su trabajo y la empresa.
- Se reconoce el trabajo bien realizado, contribuyendo, de ese modo, a que el trabajador se autovalore y se dignifique en su autoestima.
- Proporciona oportunidades para que las personas puedan desarrollar sus potencialidades, aumentando los ámbitos de autonomía en los puestos de trabajo.

3.3.2.3 Síntomas somáticos

Es un trastorno de la personalidad y del comportamiento adulto los síntomas son compatibles con un trastorno, enfermedad o incapacidad física, son exagerados debido al estado psicológico del enfermo, así se desarrollo un síndrome comportamental. A menudo incluye quejas, o incapacidad física, produciendo malestar o preocupación en la cual puede ser un dolor progresivo prolongado. Pueden desarrollarse por múltiples factores, como: ansiedad, transarnos de personalidad, formas de afrontamiento, etc.

3.3.2.4 Ansiedad e insomnio

De acuerdo con Olivia Varela Cota (2009), nos define a la ansiedad como:

“Es el estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente. Puede afectar a personas de todas las edades y sobretudo a aquellas que están sometidas a una tensión familiar o laboral constante, y en aquellas que han arraigado en sus patrones conductuales un sentido de perfeccionismo hacia todo lo que hacen y dicen”

El doctor Hervé Guibert (2008), en su libro El estrés y sus síntomas, define a la ansiedad como:

“Es un estado de desesperación constante, en la cual no vives o disfrutas los momentos presentes, pensando siempre en la actividad que tienes posteriormente.”(pág. 5)

La ansiedad es un producto típico de una situación estresante y esta se debe en la mayoría de veces a factores internos producidos por el subconsciente de las personas en función de eventos que se prevén, ciertos o no, que van a pasar.

De acuerdo a la Dra. Fernández (1996) el insomnio se lo puede definir como “la ausencia de sueño en el momento de dormir. *“falta de sueño a la hora de dormir”*.”

Entre las características secundarias del insomnio de acuerdo a Jimenez (1997) tenemos:

- Dificultades para iniciar y mantener el sueño
- Despertar final adelantado

- Mal humor
- Cansancio
- Somnolencia
- Déficit cognitivo

Fundamentando la degeneración de los horarios el insomnio será un desencadenante directo de estrés, por la sintomatología expuesta por los autores.

3.3.2.5 Tipos de depresión

Para realizar la clasificación de los tipos de depresión, se establece que la más relevante es la que enuncia Fedrick Niesser (1989):

- *Depresión severa*: se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.
- *Distimia*: es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas de las personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.
- *Trastorno bipolar*: es otro tipo de depresión que también se le llama enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.
- *Depresión posparto*: las mujeres deben estar alerta a cambios mentales que puedan ocurrir, durante el embarazo y después del parto, debido a trastornos hormonales. Algunos síntomas de este tipo de depresión pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración

3.3.3 El Burnout y el afrontamiento

3.3.3.1 Definición de afrontamiento

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

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como:

“los esfuerzo cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas interna y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona”

Para ello manejar el estrés incluiría no sólo el dominio sino la aceptación, la tolerancia la evitación o la reducción de las condiciones estresantes. No sólo importaría el resultado sino que englobaría todos los intentos para manejar estas situaciones.

En ocasiones se ha incluido los mecanismos de defensa entre los recurso de afrontamiento del estrés.

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

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

3.3.3.2 Teorías de afrontamiento

Según Menninger (1963) el identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna que son:

- 1) Recursos de afrontamiento; es decir estrategias necesarias para reducir la tensión que son consideradas como normales -autocontrol, humor, llanto, blasfemar, etc.-.
- 2) Recursos de segundo orden o síntomas; se refiere cuando los "recursos de afrontamiento" se utilizan inapropiadamente o de forma extrema indicando cierto grado de descontrol y desequilibrio –abandono por disociación, abandono a impulsos más hostiles, etc.-.
- 3) Recursos de tercer orden; se manifiestan en las conductas explosivas episódicas o agresiva, más o menos desorganizadas – agresiones violentas, convulsiones, crisis de pánico-.
- 4) Recursos de cuarto orden; tiene que ver con un aumento en la desorganización interna del sujeto.
- 5) Recursos de quinto orden; se refiere a la desintegración total del ego.

El tipo de afrontamiento dirigido al problema se refiere al conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: las que se refieren al entorno y las que se refieren al sujeto.

A continuación se presenta varias teorías de afrontamiento de acuerdo a los autores que han investigado son esto:

Según A. Grienk (1986) algunas formas de afrontamiento son:

- Trabajar más duro y durante más tiempo
- Cambiar a una actividad de tiempo libre
- Adoptar una aproximación de solución de problemas
- Alejarse de la situación estresante.

Por otro lado, Dewe y Cols. (1979) distinguen cuatro tipos de conductas realizadas por administrativos y trabajadores de oficina:

- Acciones dirigidas a la fuente de estrés
- Expresión de sentimientos y búsqueda de apoyo
- Realización de actividades no laborales
- Intentos pasivos de esperar que pase la situación.

Parasuraman y Cleek (1984) clasificaron las respuestas de afrontamiento de los trabajadores como *adaptativas* y *no adaptativas*. Las *adaptativas* se refieren a planificar, organizar, priorizar tareas y conseguir apoyo de otros. Y las *no adaptativas* tienen relación con las variables: trabajar más duro pero realizando más errores, hacer promesas poco realistas y evitar la supervisión. Se plantean seis tipos de afrontamiento en el Indicador del Estrés Organizacional:

- Apoyo social
- Estrategias referidas a la tarea
- Lógica
- Relaciones familiares y trabajo
- Tiempo
- implicación

Dewe y Guest (1990) distinguen siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés laboral. *La primera se centra en el problema y el resto en las emociones:*

- Abordar o trabajar sobre el problema
- Intentar que el problema no se apodere de ti
- Descarga emocional
- Tomar medidas preventivas
- Recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema
- Utilizar los recursos familiares
- Intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés.

Las teorías de afrontamiento presentadas se basan desde la perspectiva individual, haciendo afectación en los procesos cognitivos de la experiencia de estrés y las situaciones negativas.

3.3.3.3 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento actualmente se fundamentan en métodos que hacen mirar a los individuos la relevancia de la prevención de interactuar con factores de riesgo, utilizando la prevención como herramienta fundamental, así como en el entrenamiento en aspectos específicos (afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.).

Paine (1982) fue pionero en plantear un modelo basado en cuatro etapas claramente definidas:

- Identificar el Burnout.
- Prevenir lo mediante información y afrontamiento.
- Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome.
- Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

En 1999, Ramos (1999) planteó diversas estrategias de intervención en personas y a diagnosticadas, que en resumen son:

- Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas).
- Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.
- Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Ramos valoró también los distintos niveles de intervención, distinguiendo:

- a) Individual, fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- b) Interpersonal, relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.

- c) Organizacional, en referencia a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), citados por Hombrados (1997), clasifican los programas de intervención en tres niveles: *individual, organizacional e interfaz individuo-organización*, y también los clasifican por el objeto de cambio: *control de estresores (nivel organizacional), procesos de apreciación (nivel social) o estrategias de afrontamiento (nivel organizacional)*. Las estrategias de cada uno se desarrollarán en los siguientes apartados.

3.3.3.3.1 Estrategias orientadas al individuo

La forma de afrontamiento centrado en el individuo proyecta los resultados directos en función de disminuir la afección producto del estrés. Se puede mencionar según Freire (1998) dos tipos de programas de intervención orientados al individuo:

- Programas dirigidos a las estrategias instrumentales.
- Programas dirigidos a estrategias paliativas.

Poter (1987) también recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión.

Se establece complementar las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout, entre ellas destacan:

- Ejercicio físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
- Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental.
- Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardíaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.

- Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
- Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
- De sensibilización sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones

3.3.4 El Burnout y la relación con el apoyo social

3.3.4.1 Definición de apoyo social

A continuación se presentan varias definiciones que los investigadores han dado del apoyo social¹:

- *"El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas".*
- *"La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas".*
- *"Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia".*
- *"La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas".*
- *"El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros".*

3.3.4.2 Modelos Explicativas del Apoyo Social

Barrón (1996), afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido del sujeto.

¹ Pérez Bilbao, Jesús, Martín Daza, Félix. *El apoyo social.*(2000). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Entonces resulta relevante establecer mecanismos que fomenten el apoyo social, por lo que se cita a Thoits (1985), que desde el Interaccionismo Simbólico, establece tres grandes mecanismos de actuación dentro de estos efectos directos:

- Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales.
- Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
- Un aumento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

3.3.4.3 Apoyo Social Percibido

El recurso más importante para afrontar el estrés producido por situaciones de alta tensión se encuentra el apoyo social que se puede definir como una especie de fondo al cual recurrir en caso de necesidad. Resulta importante que este sea evidenciado de manera directa por el individuo para que el proceso de afrontamiento resulte satisfactorio.

De acuerdo a Barrón (1996), existen dos niveles de análisis del apoyo social: *el estructural* y *el funcional*. *El estructural* está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo, y *el funcional* en la evaluación subjetiva del apoyo social, especialmente, en las conductas de apoyo percepción y recepción de apoyo y en las funciones implicadas en esas conductas. Las redes sociales proporcionan el “*marco estructural*” y los recursos necesarios para que el apoyo social se haga accesible al individuo de un “*marco funcional*”.

3.3.5 El Burnout y la relación con la personalidad

3.3.5.1 Definición de personalidad

La personalidad es un constructo psicológico, con el que nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona. Pero nunca al conjunto de características físicas o genéticas que determinan a un individuo, es su organización interior la que nos hace actuar de manera diferente ante una o varias circunstancias.

Kotler (1996) define personalidad como:

"Las características psicológicas y distintivas de una persona que conducen a respuestas a su ambiente relativamente consistente y permanente."

La personalidad individual se describe en función de características como la confianza en sí mismo, autoridad, autonomía, sociabilidad, agresividad, estabilidad emocional, afiliación y adaptabilidad. La personalidad puede ser una variable útil en el análisis de la conducta del consumidor, esto porque si las empresas descubren características de personalidad en sus clientes potenciales, podrán mejorar o cambiar su publicidad y así sus ventas.

"Todas las personas tienen personalidades diferentes, lo cual va a influir en su conducta de compra."

Un concepto relacionado con la personalidad según Kotler (1996) es *"el concepto de sí mismo o autoimagen de una persona, la cual es una compleja imagen mental que las personas tienen de sí mismos."*

Según Gordon Allport la personalidad es:

"la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio".

3.3.5.2 Tipos de personalidad

Según Dugman (1987) las personalidades se puede clasificar en:

- **ASTÉNICA:** se caracteriza por su falta de energía psíquica para realizar y terminar trabajos. Es el tipo corrientemente llamado *flojo*.
- **COMPULSIVA:** de carácter difícil, malhumorado, susceptible, testarudo. Con tendencia a molestar a los demás y a sí mismo. Irregular en su actividad y con una tendencia a dejarlo *todo a último momento*.
- **EXPLOSIVA:** propensa a la violencia y a la brusquedad. *Fácilmente encolerizable*.
- **HISTÉRICA:** de muy fuerte imaginación que la impulsa a confundir lo real con lo imagina y a *vivir en ficción constante*.

- INSTESTABLE: en constante agitación que la impulsa a frecuentes cambios en sus propósitos y en su *conducta irregular e indisciplinada en su actividad*. Puede llegar a ser perturbadora de la vida familiar, personal y social.
- CICLOIDE: persona generalmente cordial, alegre, expansiva y simpática, con gran facilidad para hacer amigos. Sin embargo ríe, llora y se encoleriza por cualquier motivo. Estas personas *alternan los estados de excitación y de gran actividad con los de depresión y pasividad*.
- PERVERSA: se caracteriza por su amoralidad o sea, por su *indiferencia en las normas morales*
- ESQUIZOIDE: es el vulgarmente llamado “*lunático*”, que unas veces está taciturno y otras, caprichoso. A veces fanático o despótico. En general, el esquizoide vive contra el mundo por lo cual *no se adapta al ambiente ni es comprendido por los demás*.
- PARANOIDE: de exagerado amor propio y extremada susceptibilidad. Muy predispuesto a ideas delirantes y a experimentar manías de persecución. Su falta de confianza lo presenta como *tímido y con tendencia a la introversión*.
- HIPOCONDRIACA: exageradamente preocupada por su integridad física y salud corporal. Por tal motivo, *experimenta miedo ante todos los peligros morbosos*.

3.3.5.3 Patrones de conducta y de personalidad

Un patrón de conducta es la forma habitual de ver y reaccionar ante el entorno y las circunstancias. Las observaciones de Prise (1982) de determinadas características psicológicas y conductuales en pacientes con cardiopatía isquémica (pacientes tipo A) y en neoplasias (pacientes tipo C), lo llevaron a definirlo como:

“las predisposiciones de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones condicionados por la escala de valores en uso en una sociedad determinada”.

El Patrón de Conducta de una persona incorpora rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación constituye “El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información”.

La investigación a desarrollarse posee las siguientes características:

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

4.2 Participantes

La Investigación se la realizó en el Hospital “Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta. La población fue de 30 médicos y 30 licenciadas en enfermería. Esta casa de salud es de tipo público.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán en el proceso de recolección de datos han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planteados y son los siguientes cuestionarios:

Cuestionario sociodemográfico y laboral: Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados.

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

Cuestionario de salud mental (GHQ28): El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”

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

Cuestionario MOS de apoyo social: Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991.

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

24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores: Neurocitismo, Estraversión, Psicocitismo, Sinceridad

4.4 Recolección de datos

Se planificaron las siguientes fases para realizar el proceso de recolección de datos, el mismo que duró quince días:

1. Solicitud de permiso a las autoridades del hospital.

Una vez definida que la casa de salud donde se aplicarán los instrumentos sería el Hospital "Rodríguez Zambrano" de la ciudad de Manta. Se procede a formalizar el pedido al director del hospital Dr. Víctor Traverso.

2. Aprobación y ayuda por parte del departamento de psicología del hospital.

Las autoridades de la institución acceden a que se realice la investigación y solicitan al departamento de psicología del Hospital a que colabore como logística en la aplicación de los instrumentos.

3. Entrega de formularios a los médicos y licenciadas en enfermería.

Los instrumentos fueron entregados y se estableció una fecha límite para la recolección. La muestra de los 30 médicos y 30 licenciadas enfermeras fue realizada de manera aleatoria.

4. Recepción de los documentos llenos.

El proceso de recolección de los instrumentos se generó sin ninguna novedad.

Los objetivos planteados en la investigación fueron:

- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.

- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el burnout.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

5.1 CUESTIONARIOS SOCIODEMOGRÁFICO

TABLA RESUMEN No 1

| ÍTEM | MÉDICOS SIN BURNOUT | | | | ENFERMERAS SIN BURNOUT | | | |
|---------------------------------------|------------------------|----------|-------------------------|----------|------------------------|----------|-------------------------|----------|
| | M | % | F | % | M | % | F | % |
| GENERO | 19 | 63,33 | 11 | 36,67 | 0 | 0,00 | 30 | 100,00 |
| ZONA DE VIVIENDA | URBANA | % | RURAL | % | URBANA | % | RURAL | % |
| | 30 | 100,00 | 0 | 0,00 | 30 | 100,00 | 0 | 0,00 |
| CON QUIEN VIVE | SOLO | % | CON MAS PERSONAS | % | SOLO | % | CON MAS PERSONAS | % |
| | 1 | 3,33 | 29 | 96,67 | 0 | 0,00 | 27 | 100,00 |
| TIPO DE TRABAJO | TIEMPO COMPLETO | % | TIEMPO PARCIAL | % | TIEMPO COMPLETO | % | TIEMPO PARCIAL | % |
| | 14 | 46,67 | 16 | 53,33 | 17 | 65,38 | 9 | 34,62 |
| PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE | SI | % | NO | % | SI | % | NO | % |
| | 22 | 73,33 | 8 | 26,67 | 18 | 60,00 | 12 | 40,00 |
| PACIENTES FALLECIDOS | SI | % | NO | % | SI | % | NO | % |
| | 14 | 46,67 | 16 | 53,33 | 9 | 31,03 | 20 | 68,97 |
| PERMISOS | SI | % | NO | % | SI | % | NO | % |
| | 16 | 53,33 | 14 | 46,67 | 12 | 40,00 | 18 | 60,00 |

Fuente: Médicos y enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico

Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

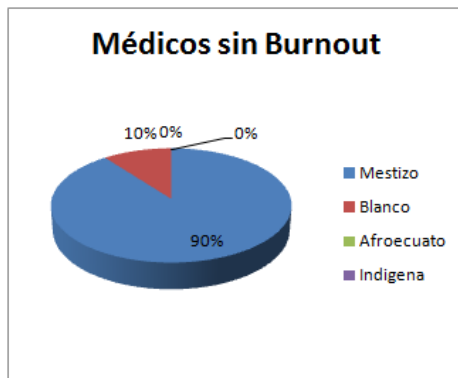
Se presenta en el cuadro comparativo que en relación a los médicos y enfermeras viven en zonas urbanas, en su gran mayoría viven acompañadas. En el caso de los

médicos su dedicación de tiempo se presenta dividido casi en partes iguales entre tiempo completo y medio tiempo.

Como datos relevantes se tiene que la mayoría de los pacientes que presentaban riesgo de muerte era producto de diabetes, cirrosis y cirugías por accidentes.

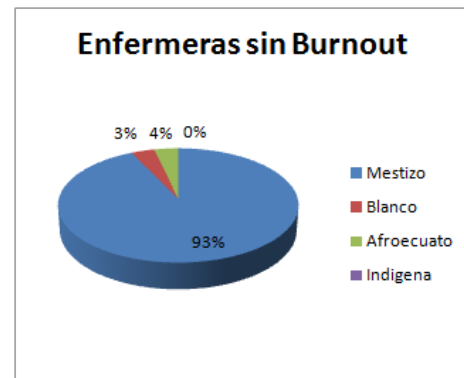
ETNIA

GRÁFICO 1.1



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.2



Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

La mayoría son mestizos y hay una población pequeña que es de raza blanca y solo en las enfermeras hay un porcentaje de afroecuatorianos.

ESTADO CIVIL

GRÁFICO 1.3

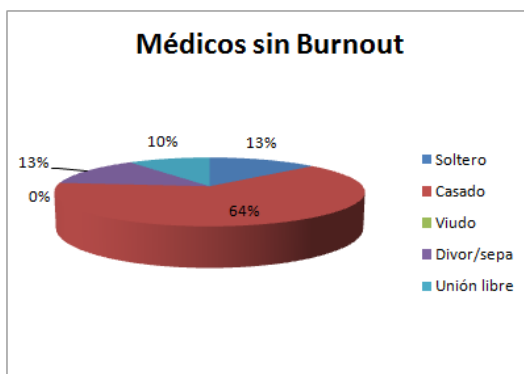
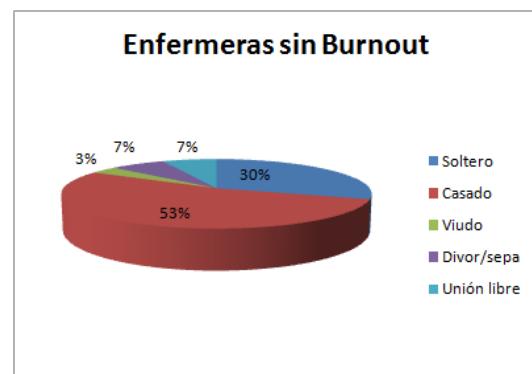


GRÁFICO 1.4



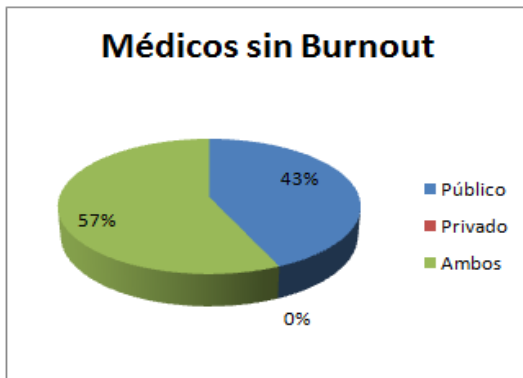
Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Existe una aproximación en ambos grupos, pues tanto los médicos y las enfermeras se ajustan al indicador de casados, sin embargo, las enfermeras poseen un porcentaje considerable de solteras.

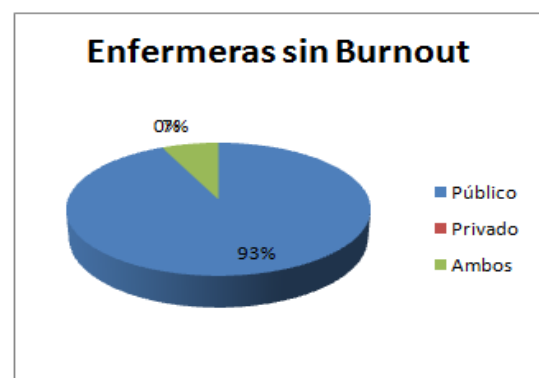
SECTOR DE TRABAJO

GRÁFICO 1.5



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.6



Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Se refleja claramente que la mayoría de médicos oscilan en el sector público y privado, mientras que las enfermeras el indicador refleja un predominio en el sector público.

TIPO DE CONTRATO

GRÁFICO 1.7

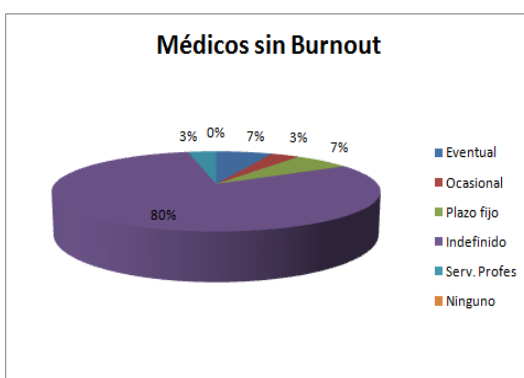
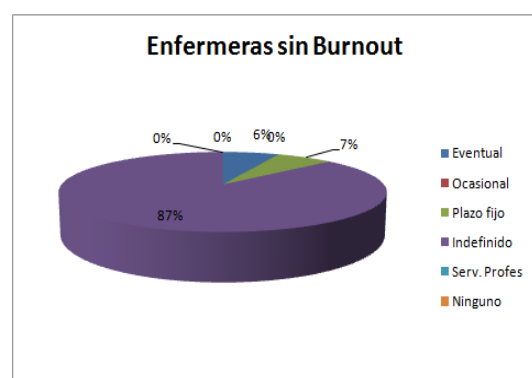


GRÁFICO 1.8



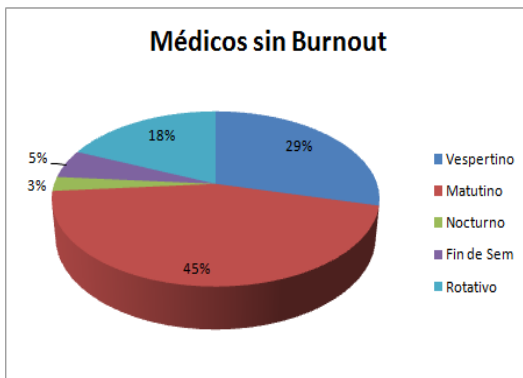
Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

La estabilidad laboral que poseen los dos grupos se evidencia a través de los resultados en los contratos indefinidos.

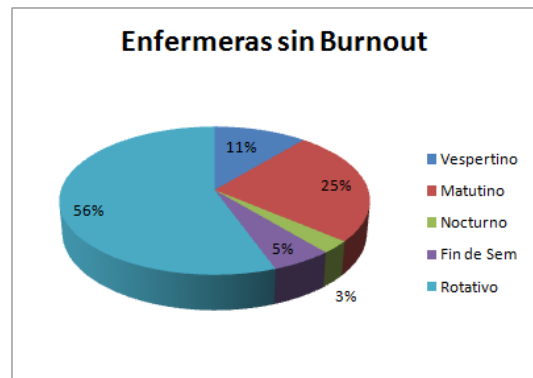
PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO

GRÁFICO 1.9



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.10

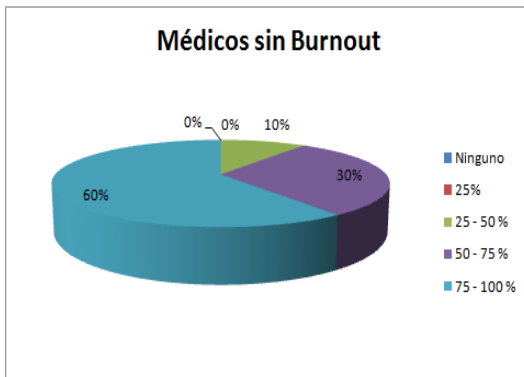


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los médicos las horas de trabajo se enfocan en su gran mayoría a las jornadas vespertinas y matutinas, mientras que las enfermeras esta condición está supeditada a un horario rotativo con un alto índice de prevalencia

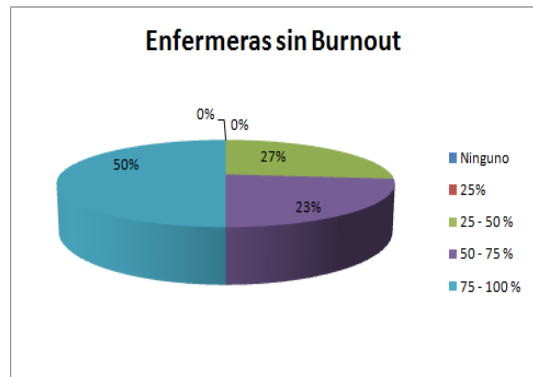
PORCENTAJE DE TIEMPO QUE SE DEDICA A ATENDER A PACIENTES

GRÁFICO 1.11



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.12

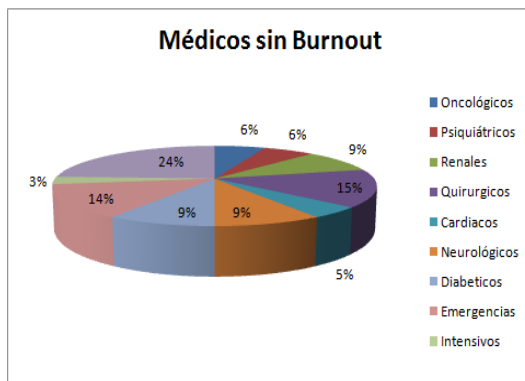


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Tanto los médicos y las enfermeras atienden un porcentaje similar de pacientes diarios (75-100%), con una marcación de enfermeras que atienden pacientes entre un 25-50% de pacientes al día

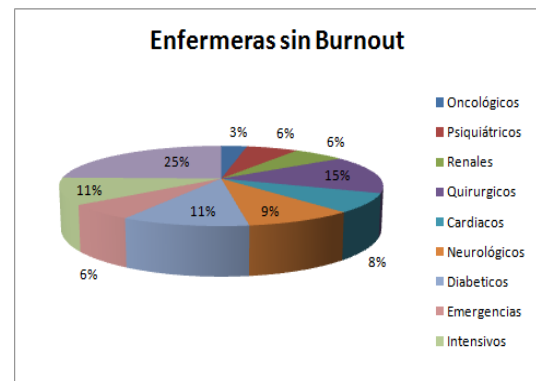
TIPOS DE PACIENTES

GRÁFICO 1.13



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.14



Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los resultados reflejan evidencias similares entre los tipos de pacientes que atienden las enfermeras y los médicos, pues en ambos grupos el indicador porcentual se relaciona en los pacientes quirúrgicos y los otros, manteniendo una constante en los demás indicadores.

RECURSOS NECESARIOS

GRÁFICO 1.15

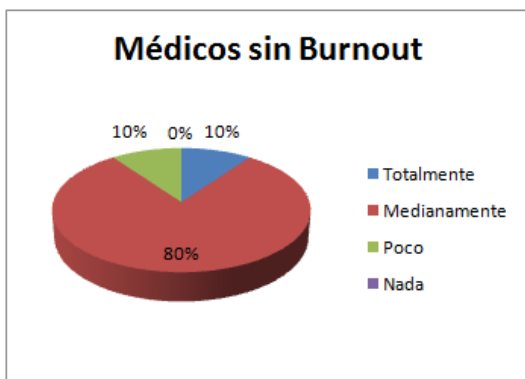
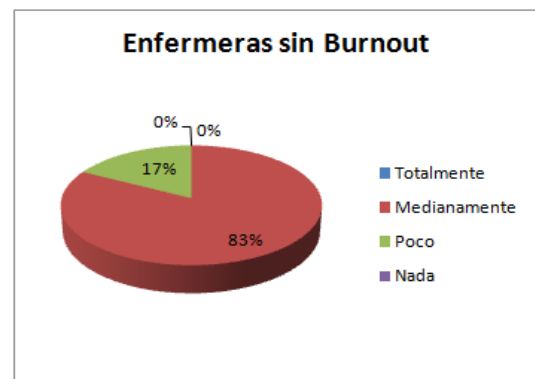


GRÁFICO 1.16



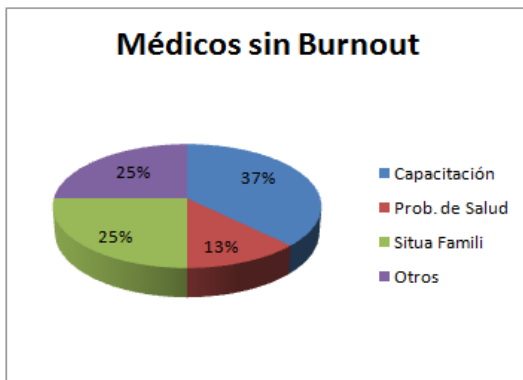
Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

En ambos cohortes se evidencia que los recursos disponibles para la ejecución de los servicios que ofrecen los profesionales de la salud encuestados son medianamente cubiertos

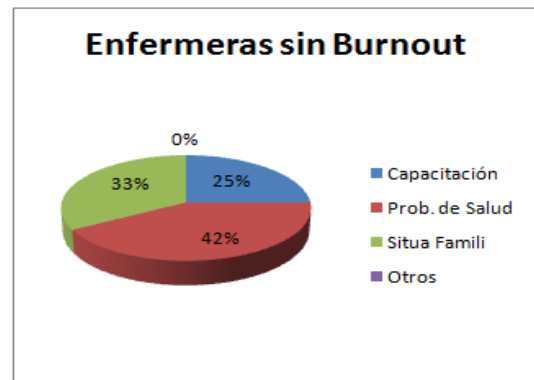
CAUSAS

GRÁFICO 1.17



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.18



Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los médicos expresan que una de las causas que les preocupa es la capacitación que pocas veces se les ofrece, mientras que las enfermeras su mayor inconveniente son problemas de salud que padecen constantemente y que se acentúa con un porcentaje próximo al 50%, y en segundo lugar están las situaciones familiares.

VALORACIÓN

GRÁFICO 1.19

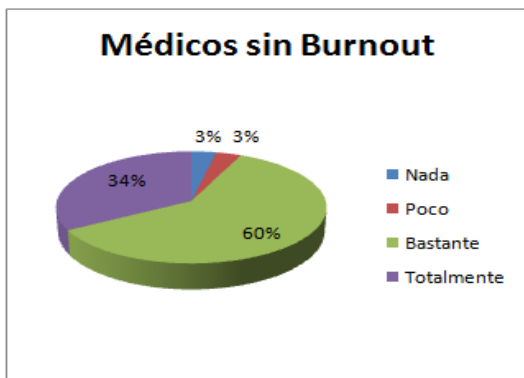
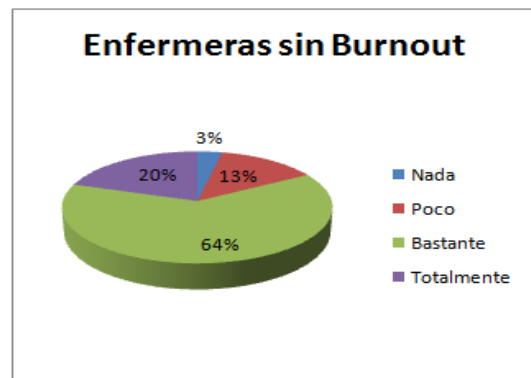


GRÁFICO 1.20



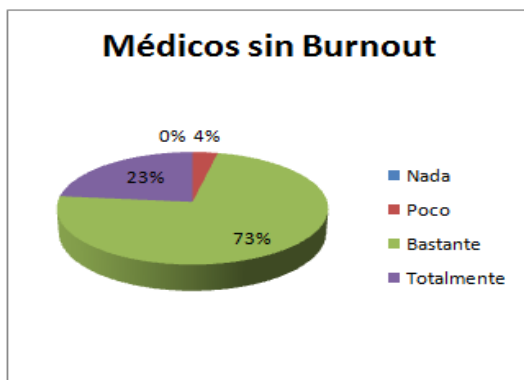
Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Es evidente el nivel de valoración con la que se manifiestan los médicos y enfermeras, pues los mismos expresan que el trabajo que realizan es bastante valorado.

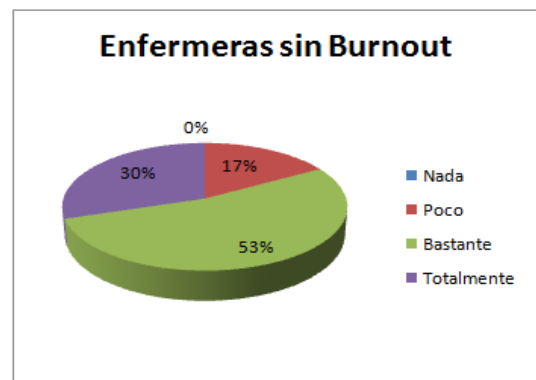
VALORACIÓN FAMILIARES

GRÁFICO 1.21



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.22

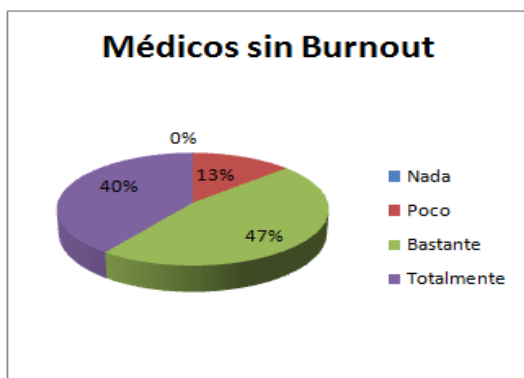


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Tanto los médicos y las enfermeras coinciden en buen porcentaje que los familiares valoran de manera significativa el trabajo que ellos realizan

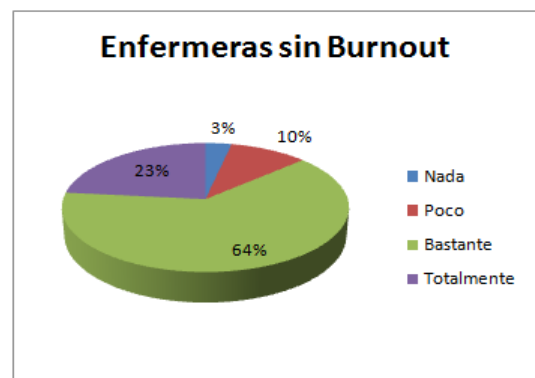
VALORACIÓN COLEGAS

GRÁFICO 1.23



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico

GRÁFICO 1.24



Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico

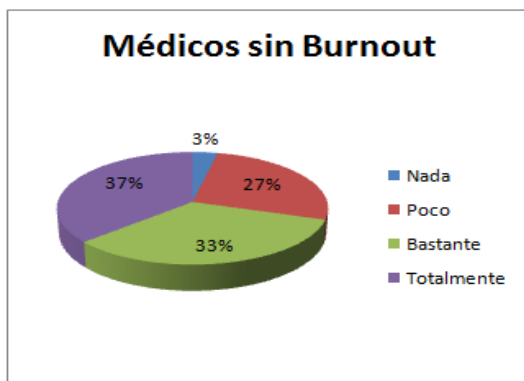
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Es significativo el porcentaje que reflejan los médicos al considerar que los colegas los valoran con elevados índices de estimación en las labores que ejercen dentro de la profesión, sin embargo las enfermeras demuestran que son bastante valoradas por sus similares en el desempeño profesional.

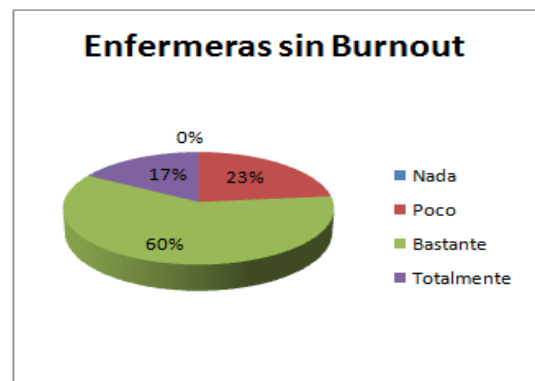
VALORACIÓN DIRECTIVOS

GRÁFICO 1.25



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.26



Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los porcentajes entre poco, bastante y totalmente son similares en los datos de los médicos, al considerar que los directivos los valoran sus funciones dentro de la profesión, en las enfermeras se aprecia un porcentaje mayoritario en la opción bastante, valoradas por sus superiores en el desempeño profesional.

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

GRÁFICO 1.27

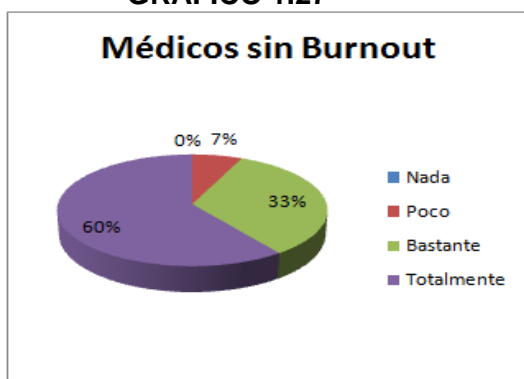
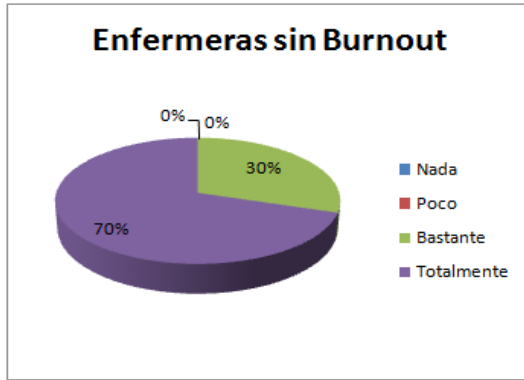


GRÁFICO 1.28



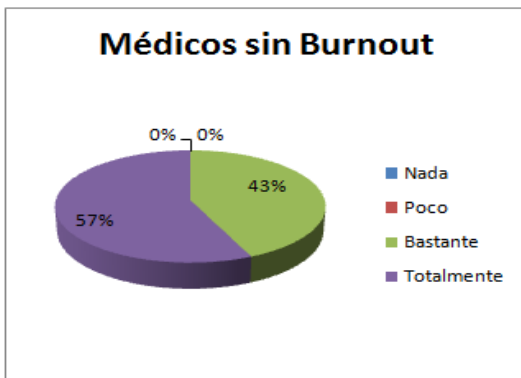
Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Ambos grupos expresan en buen porcentaje estar satisfecho con el trabajo realizado hasta el momento.

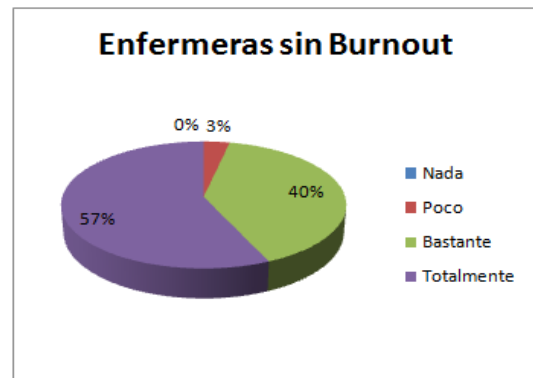
INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES

GRÁFICO 1.29



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.30



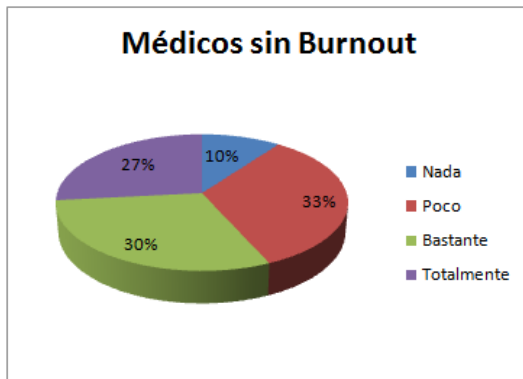
Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los dos cohortes coinciden en que la interacción con los pacientes es totalmente fortalecida, y los indicadores porcentuales reflejan bastante similitud.

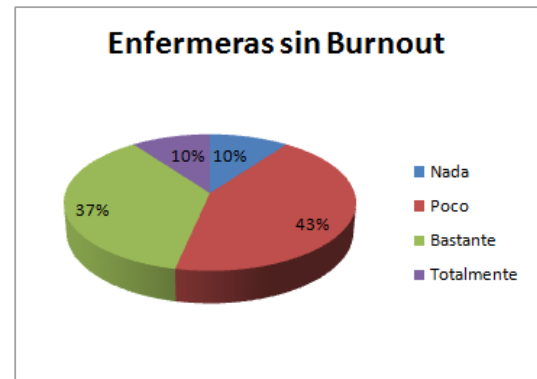
APOYO DIRECTIVOS

GRÁFICO 1.31

GRÁFICO 1.32



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

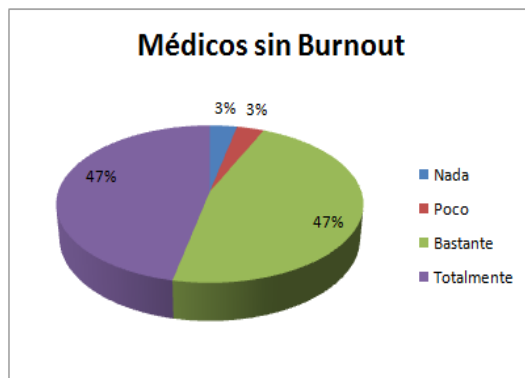


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

A pesar de que la suma de los datos estadísticos, bastante y totalmente es representativo en los médicos, por parte de los Directivos es preocupante el indicador de poco, pues refleja alguna discrepancia interna; sin embargo, en las enfermeras la apreciación de que reciben poco apoyo de los directivos, estableciendo un porcentaje significativo aunque no por encima de la media.

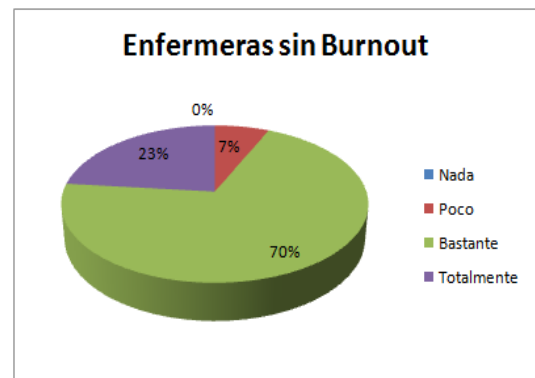
COLABORACIÓN DE COLEGAS

GRÁFICO 1.33



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.34

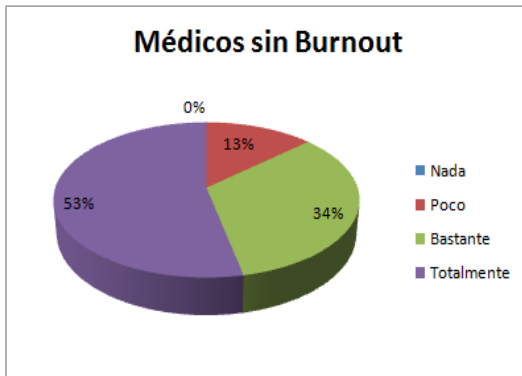


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Se refleja claramente la colaboración recibida de los médicos y enfermeras por parte de sus colegas, estableciendo indicadores porcentuales elevados.

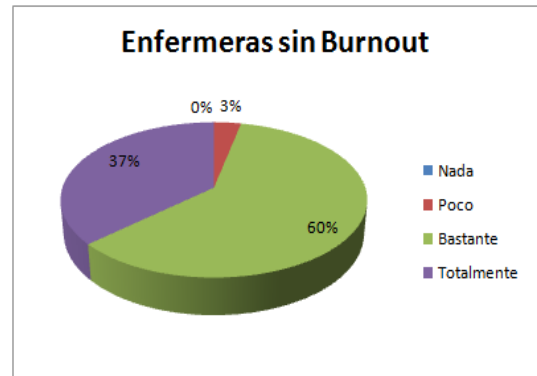
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA

GRÁFICO 1.35



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.36

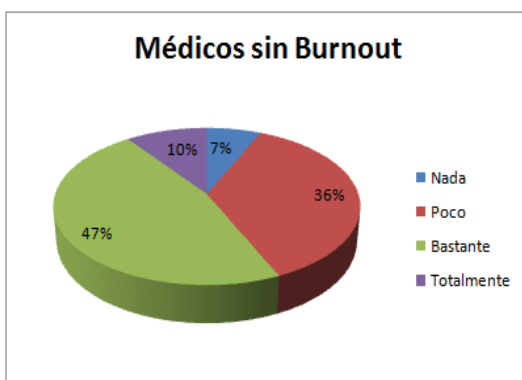


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

La satisfacción y experiencia que manifiestan ambos grupos durante el desempeño de la profesión es alta tanto en médicos como en enfermeras.

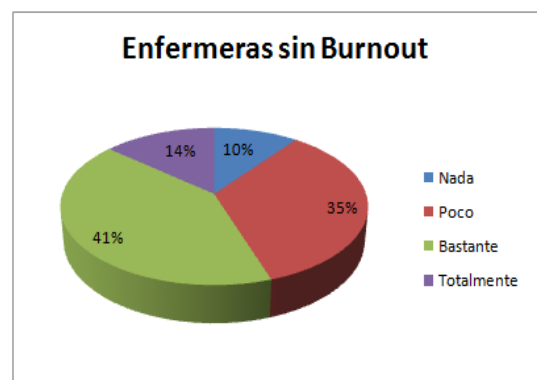
ECONOMÍA

GRÁFICO 1.37



Fuente: Médicos a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 1.38



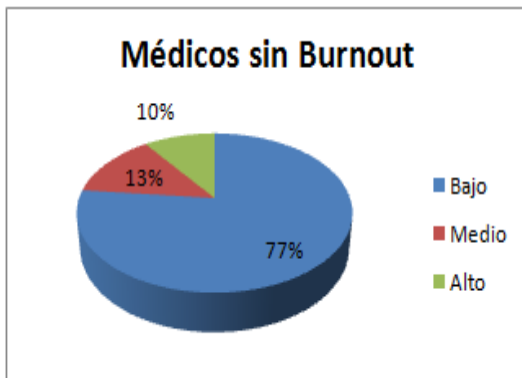
Fuente: Enfermeras a través del cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los médicos y enfermeras se encuentran bastante complacidos con la situación económica que refleja el trabajo que realizan.

5.2. CUESTIONARIO MBI

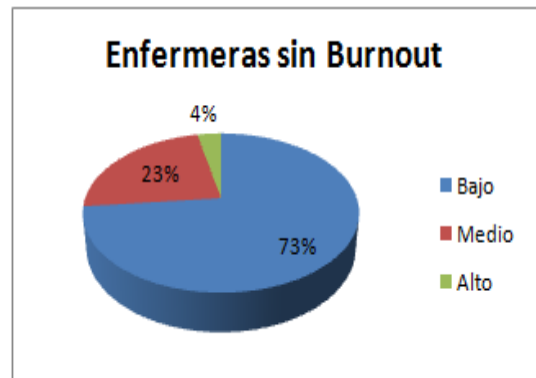
AGOTAMIENTO EMOCIONAL

GRÁFICO 2.1



Fuente: Médicos a través del cuestionario MBI
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 2.2

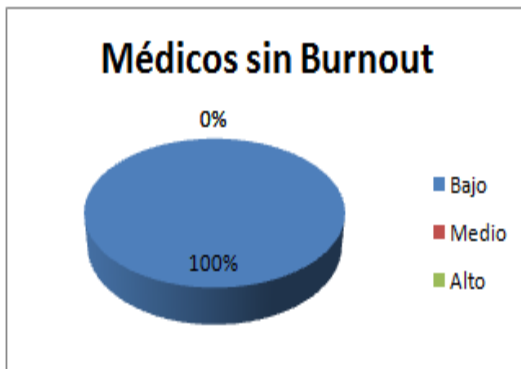


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario MBI
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los médicos y las enfermeras en su mayoría presentan un bajo agotamiento emocional.

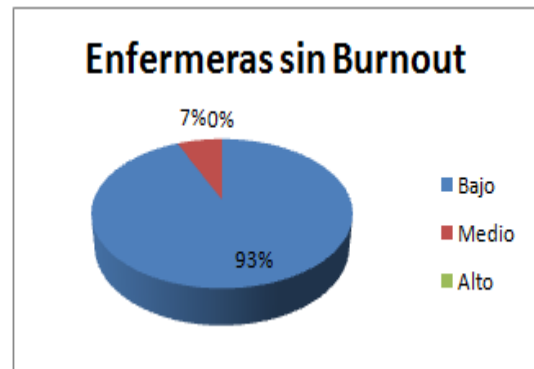
DESPERSONALIZACIÓN

GRÁFICO 2.3



Fuente: Médicos a través del cuestionario MBI
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 2.4

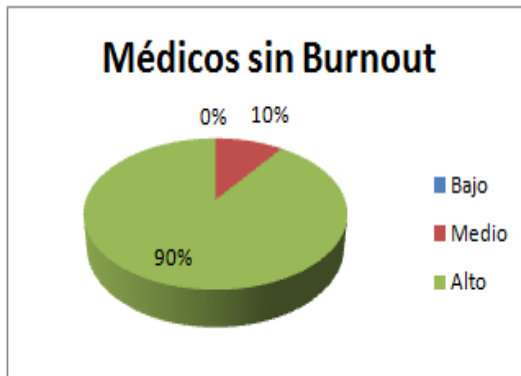


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario MBI
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los médicos presentan en su totalidad una baja despersonalización al igual que la mayoría de las enfermeras.

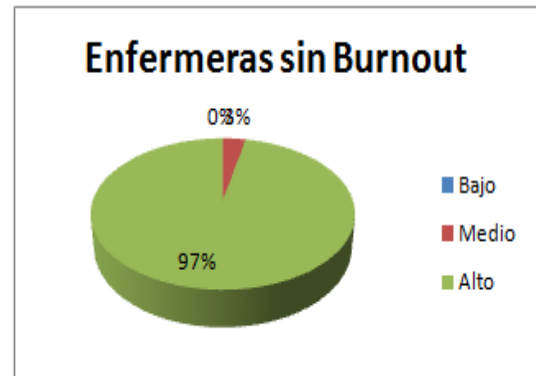
REALIZACIÓN PERSONAL

GRÁFICO 2.5



Fuente: Médicos a través del cuestionario MBI
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 2.6



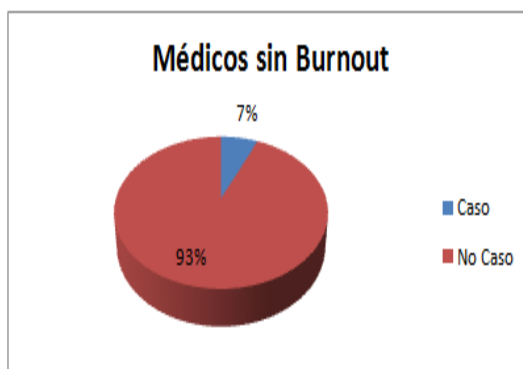
Fuente: Enfermeras a través del cuestionario MBI
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los médicos y las enfermeras en porcentajes elevados muestran una alta realización personal, con grupos minoritarios en un nivel medio.

5.3. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

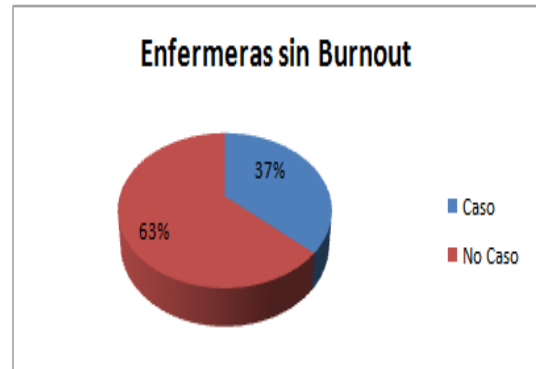
SINTOMAS PSICOSOMÁTICOS

GRÁFICO 3.1



Fuente: Médicos a través del cuestionario de salud general
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 3.2

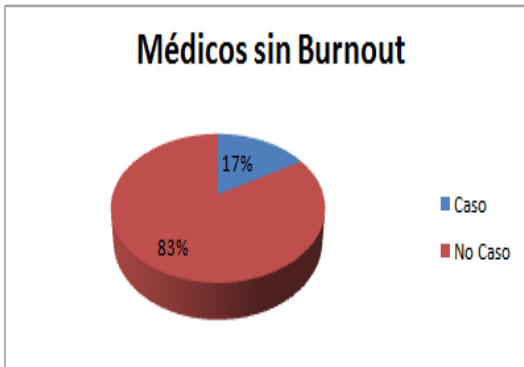


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario de salud general
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Los médicos presentan un porcentaje elevado de no tener síntomas psicósomáticos en contraste con un pequeño porcentaje. En las enfermeras el porcentaje de caso se eleva un poco más, siendo estos resultados representativos.

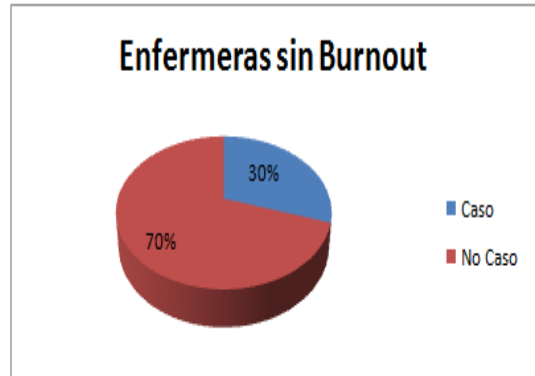
ANSIEDAD

GRÁFICO 3.3



Fuente: Médicos a través del cuestionario de salud general
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 3.4

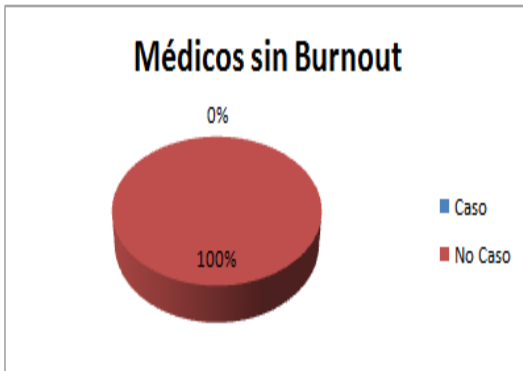


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario de salud general
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Se registra en las dos cohortes el porcentaje mayor que no poseen síntomas de ansiedad, aunque existe un porcentaje significativo que si presenta.

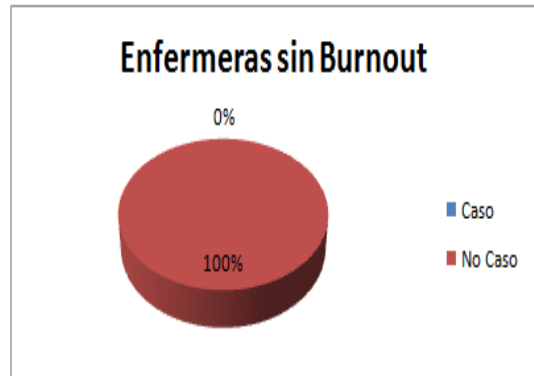
DISFUNCIÓN SOCIAL

GRÁFICO 3.5



Fuente: Médicos a través del cuestionario de salud general
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 3.6

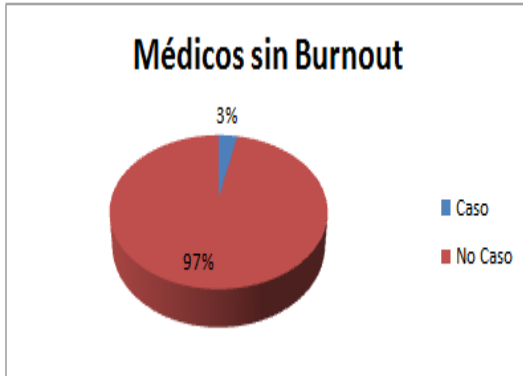


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario de salud general
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

No se registra evidencia alguna de disfunción social en ambos grupos.

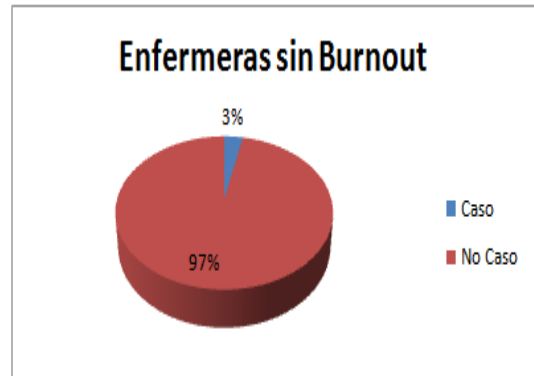
DEPRESIÓN

GRÁFICO 3.7



Fuente: Médicos a través del cuestionario de salud general
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 3.8

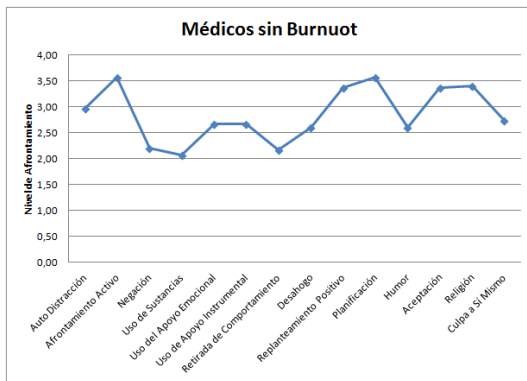


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario de salud general
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

Se registra un porcentaje mínimo en los grupos de depresión.

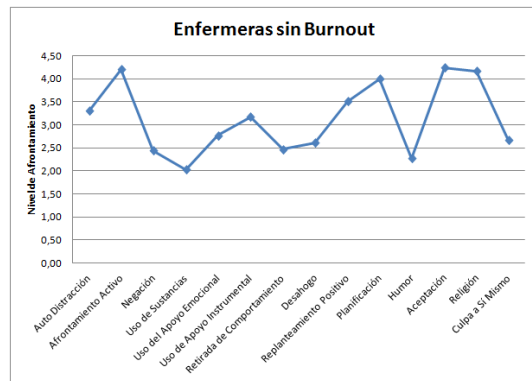
5.4. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO

GRÁFICO 4.1



Fuente: Médicos a través del cuestionario de afrontamiento
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 4.2

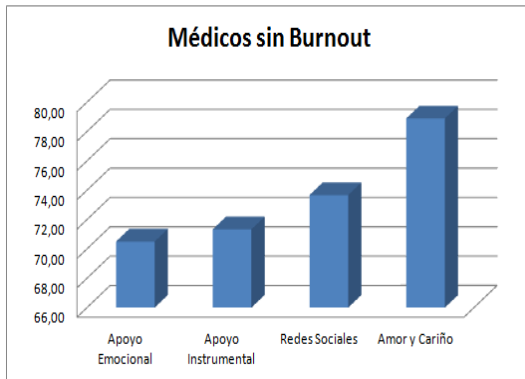


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario de afrontamiento
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

En los médicos se muestra que como los principales factores de afrontamiento está el afrontamiento activo y planificación, y en las enfermeras el mismo adicionándole la aceptación a sí mismo.

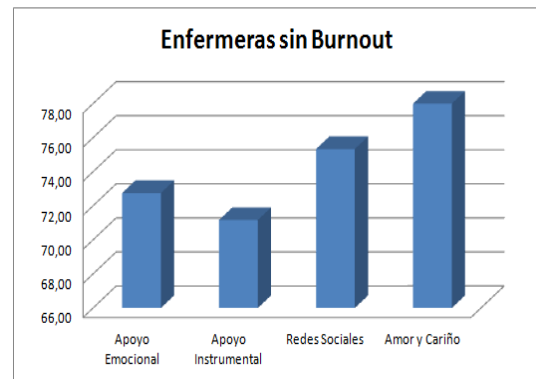
5.5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

GRÁFICO 5.1



Fuente: Médicos a través del cuestionario de apoyo social
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 5.2

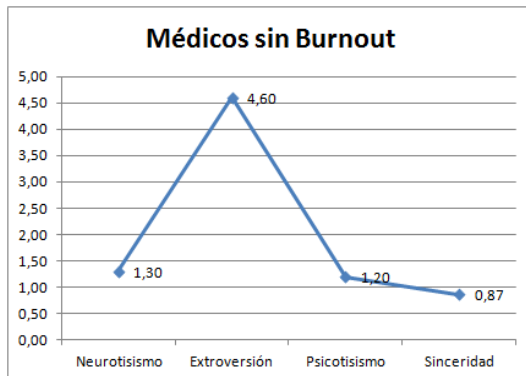


Fuente: Enfermeras a través del cuestionario de apoyo social
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

En los dos casos se evidencia que el amor y cariño es el porcentaje mayor y la tendencia entre enfermeras y médicos es similar con una leve diferencia en el apoyo emocional que lo reciben más las enfermeras, esto se debe al apoyo de las redes sociales.

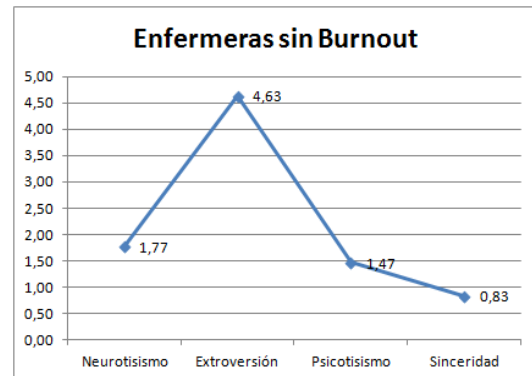
5.6. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

GRÁFICO 6.1



Fuente: Médicos a través del cuestionario de personalidad
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

GRÁFICO 6.2



Fuente: Enfermeras a través del cuestionario de personalidad
Elaboración: Silvia Ramírez y Karen Groenow

En ambos casos se presenta que en un porcentaje mayoritario las características de personalidad de los médicos y enfermeras corresponde a una personalidad extrovertida.

6. DISCUSIÓN

La presente investigación se puede evidenciar que la población en estudio, médicos y enfermeras del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, no presentan burnout, esto se evidencia en que el nivel de agotamiento emocional fue bajo tanto en los médicos como en las enfermeras. Dentro de la muestra se evidencia que los factores relacionados con este fenómeno no han incidido sustancialmente por lo que no presenta agotamiento emocional significativo y esto debido a la capacidad de responder a las demandas emocionales que el trabajo exige, se refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales. La persona se verá desbordada por los requerimientos emocionales que le imponen los otros, no se siente ya capaz de dar nada de sí a los demás a nivel afectivo, se produce un agotamiento de energía y de los recursos emocionales propios debido al contacto diario y mantenido con personas. En el estudio de Jessica Dávalos Pérez. "Nivel de Estrés Laboral en Enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias José Casimiro Ulloa" 2005, entre sus conclusiones indica que la mayoría de las enfermeras presenta un nivel medio de *agotamiento emocional* referido a sentimientos de cansancio emocional y desgaste físico hacia su trabajo y hacia el paciente. Esto no se pudo reflejar en los resultados obtenidos, posiblemente se deba al hecho de que a pesar que manifiestan tener empatía con el paciente no se involucran completamente en las funciones asignadas. Mientras que los médicos no presentan burnout debido a que son personas que tienen apoyo emocional alto, pues muchos de ellos son casados y mantienen un apoyo familiar estable, sumado a esto el nivel de ingreso económico que fortalece la realización del mismo.

Tanto los médicos y las enfermeras tampoco manifestaron despersonalización, en función de los resultados demuestran esto posiblemente sea porque existe un alto grado de sensibilidad con los pacientes que tienen que atender durante su jornada laboral, y una preocupación por los problemas de los mismos.

Se refleja que en la realización personal de los cohortes investigados, existe un bajo nivel en aspectos referidos a la apreciación negativa sobre el trabajo que desempeña, la falta de interés por las tareas cotidianas del trabajo y la baja autoestima profesional, por lo contrario se evidencia que el interés por sus actividades laborales son consideradas como primordiales en virtud de su perspectiva.

Se puede indicar que la mayoría de los médicos y enfermeras presentan un nivel alto de realización personal, principalmente en aspectos como sentirse animadas después de trabajar con sus pacientes, sentir vitalidad para trabajar, saber que influyen positivamente en la vida de sus pacientes, y haber conseguido cosas útiles en su trabajo.

En la literatura revisada como en el libro de Casteló (1999), se encontró que el síndrome de Burnout es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, y una de las explicaciones que se le daba a esto es que las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras, se presume que este efecto no es aplicable en esta investigación, debido a que estas afirmaciones se contradicen con los resultados obtenidos, ya que en el personal médico se evidencia 11 mujeres que no reflejan la sintomatología y en el personal de enfermería a pesar de que todas eran mujeres tampoco se afirmó.

El estado civil es otro de los factores que se relacionan con el desarrollo del síntoma de Burnout, se plantea que la mayoría de los solteros o solteras son los que se predisponen más a presentar el síndrome, ya que estos no cuentan con una pareja estable, una seguridad emocional como las que presentan las personas casadas o que mantiene un relación estable.

Cabe recalcar, que los médicos manifestaron estar de acuerdo en que las relaciones interpersonales son buenas dentro de la institución.

El estado actual de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias demuestran que presentan síntomas psicossomáticos; sin embargo, es importante recalcar que el porcentaje que reflejan las enfermeras, pues al parecer el trabajo con grupos (de apoyo) de profesionales de la salud con la pretensión de compartir experiencias que permitan un mejor afrontamiento en el caso de pacientes de características especiales, ha facilitado la comunicación entre las enfermeras y con los profesionales de otras salas, el disponer de un lugar de encuentro y sobre todo poder contar y escuchar los problemas y analizar las reacciones de contra-transferencia que dificultan la relación médico o enfermera/paciente. El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de

los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más comfortable.

Es necesario destacar que los niveles de ansiedad en los dos grupos es bajo, pero se observa que a pesar de mantener los indicadores por debajo de los límites aceptables, las enfermeras marcan una diferencia significativa con respecto a los médicos, es decir que del total del estudio, ellas evidencian un porcentaje mayor de ansiedad, al parecer se debe al nivel de relación interpersonal y de responsabilidad que mantienen con los pacientes, puesto que son las encargadas directas de asumir la aplicación del medicamento y de la diversidad de pacientes con los que tienen que lidiar, manteniendo una relación estrecha con los pacientes. De igual manera, no se evidencia disfunción social en ambas cohortes, puesto que el ambiente de trabajo existente es óptimo y durante el estudio se logró identificar las relaciones interpersonales y los grupos fraternos que generan confianza y mantienen los niveles de confianza social y grupal.

A partir de la aplicación del cuestionario de apoyo social y la verificación de resultados se puede evidenciar que los profesionales de la salud el apoyo que las redes sociales les brindan. Como se ha mencionado en la muestra en estudio no se logró detectar que los médicos y enfermeras no poseen el síndrome de Burnout desarrollado. La importancia que tiene el apoyo de las redes sociales en la persona aparece como unos de los pilares más fuertes. Según Freire (2007) a despersonalización tiende a generarse cuando el individuo padece de agotamiento emocional, producto de la falta de apoyo social. Esta falta apoyo produce momentos de estrés internos, donde prevalecen los recuerdos y situaciones laborales que se han experimentado, es decir, los profesionales llevan sus problemas a sus casas y producen una recreación en su consiente, que luego se alojará en su subconsciente y este se convierte en un recuerdo a largo plazo que perturba los momentos de relajación que se debe tener. Por otra parte, en el apoyo de redes sociales se asocia que regularmente en los turnos de los profesionales siempre están acompañados por otros y tienen un grado de interacción elevado. La comunicación dentro del área de trabajo se evidencia que es elevada y que el apoyo que se recibe de sus pares es importante lo que aplaca notablemente el desarrollo de la despersonalización. A pesar de encontrarse en lugares donde existe contacto directo con el público y el nivel de estrés es elevado, los médicos y enfermeras han demostrado tener buen humor y esto permite que el

personal se mantenga en un nivel controlado de despersonalización. Las relaciones interpersonales entre pares y el entorno se generan de manera adecuada, estableciendo principalmente vías de comunicación y permite compartir experiencia y recibir apoyo mutuo. Esta relación entre el apoyo social y Burnout de acuerdo a otros estudios indica que en presencia de una mayor apoyo social recibido en el campo laboral, ya sea recibido por sus pares y/o autoridades, es menor el grado el agotamiento emocional, la despersonalicen y la baja realización personal en su trabajo. Por lo que se infiere que el apoyo social funciona como un mecanismo protector para evitar que se genere el Burnout. Se observa en la muestra que tanto las enfermeras como los médicos tienen un apoyo de redes sociales elevado, aunque es relevante la diferencia donde se aprecia que las enfermeras poseen mayor grado de este apoyo, se debe en función del análisis realizado a que estas profesionales tienen un alto grado de colaboración con sus colegas.

Los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud se vinculan en función de la relación que mantendrían en la generación de situaciones estresantes y repetición cotidiana podría desencadenar en una fatiga. El ser humano frente a los diferentes eventos que estrés trata de eliminar los factores que les afecten, este proceso se genera como una situación involuntaria en muchas ocasiones que obedece a mecanismos de defensa. Estas formas de respuestas, conocidas como afrontamiento del estrés, se los analizaron en los profesionales en estudio conservando una tendencia tanto en médicos como en enfermeras con las siguientes particularidades:

En los médicos los factores de afrontamiento elevados tenemos el afrontamiento activo, el replanteamiento positivo, la aceptación y la religión, estos factores aportan significativamente a enfrentar el estrés y no permitir el desarrollo del síndrome. En las enfermeras se tienen los mismos factores altos con la diferencia que en ellas se evidencia mayor rango que los médicos principalmente en aceptación y afrontamiento activo. Entre los factores menos utilizados en los médicos se observa el uso de sustancias, por lo que esto refleja que el manejo del estrés es una situación natural y no necesita de fármacos, esto se puede inferir en las enfermeras.

En la bibliografía estudiada se puede notar que cuando los niveles de afrontamiento son elevados, el síndrome es poco probable que se genere; Según Montero y León

(2009), se establece las hipótesis que se espera encontrar relaciones negativas entre los distintos factores del síndrome y los factores de afrontamiento centrados en el problema, se evidencia que las relaciones positivas entre los distintos factores del síndrome del Burnout y los factores del afrontamiento centrados en la emoción.

A partir de los instrumentos se obtuvo que los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias inciden significativamente en el desarrollo sintomatológico de los cohortes de muestra, como resultado se tiene que en los médicos la mayoría tienen una personalidad clasificada en el subnivel extroversión, esto según la teoría de Freire (2005) donde establece de antemano que la personalidad es un constructo psicológico, con el que nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona, basadas en esta preposición que las personas que presentan las características de extroversión pueden ser menos propensas a desarrollar síndromes de fatiga emocional y procesos de despersonalización, ya que su conducta es mucho más frontal y promueve el desarrollo integral de sus ser.

En el grupo de enfermeras se aprecia que la personalidad que prevalece es la extrovertida con las mismas características que en los médicos, se puede inferir que podría ser una casusa de que no se haya desarrolla el síndrome de Burnout. En segundo puesto podemos verificar que se encuentra un porcentaje de nuerotisismo, psicotisismo y relativamente bajo sinceridad.

En el test de apoyo social se evidencia que los médicos y las enfermeras tienen una similitud de amor y cariño lo que puede significar que este sea un factor preventivo del Burnout, sin embargo los médicos tienen una mayor apoyo instrumental y las enfermeras tienen un mayor apoyo emocional. Es sin duda estos factores influyen en la prevención de Burnout como un síndrome que puede afectar al profesional en situación de riesgo.

Un factor importante que se debe tomar en consideración es que en los médicos existe un ritmo dinámico de trabajo con bajo nivel de estrés, debido a que los galenos tienen varios trabajos y el número de horas dedicadas en cada uno de ellos es bajo, donde ellos están en constante cambio de ambiente y es posible que esto favorezca a la oxigenación de la rutina y evite el desarrollo del síntoma. En el momento de haber realizado el muestreo y levantamiento de la información los médicos no eran obligados a trabajar jornadas completas en sus puestos, si se compara con otras realidades de

países como Chile y España donde las investigaciones emiten elevados índices de Burnout por el número de horas dedicadas a atender a los pacientes, podríamos establecer que si existe relación entre la carga horaria laboral en un mismo puesto de trabajo el desarrollo de la fatiga de los profesionales de la salud.

7. CONCLUSIONES

- En la investigación realizada en el Hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta no se encontró que en los médicos y enfermeras presenten el síndrome de Burnout.
- La realización personal de los médicos y enfermeras es un factor importante en la prevención del síndrome, debido a que está relacionado a la apreciación positiva sobre el trabajo que desempeñan día a día y a la no pérdida de ideales dentro de sus profesiones, lo que da como resultado una elevada autoestima tanto en el plano personal como laboral.
- El apoyo de las redes sociales ha sido un factor de afrontamiento muy importante que no ha permitido el desarrollo del síndrome, por ser considerado un recurso de apoyo proveniente de otras personas significativas que incrementan el bienestar y disminuyen la ansiedad.
- Los modos de afrontamiento que han incidido para evitar el desarrollo del burnout son el afrontamiento activo, aceptación y la planificación. Modos

considerados herramientas fundamentales de adaptación frente a situaciones de demanda interna y externa de los profesionales.

- Existen mínimos porcentajes de síntomas somáticos como depresión y ansiedad que aunque no se encuentran sobre la media son significativos. Al parecer se debe al nivel de relación interpersonal y de responsabilidad que mantienen con los pacientes, puesto que son los encargados directos de asumir la prescripción –médicos- y la aplicación -enfermeras- de medicamentos a diversidad de pacientes.
- Los rasgos de la personalidad de los médicos y enfermeras generan sistemas de afrontamiento para el no desarrollo del síndrome. La característica más significativa fue la extroversión, lo que los hace menos propensos a desarrollar síndromes de fatiga emocional y procesos de despersonalización, ya que su conducta es mucho más frontal y promueve el desarrollo integral de sus ser.

8. RECOMENDACIONES

- Generar estrategias de afrontamiento en los médicos y enfermeras para afrontar los índices de ansiedad y depresión dentro de los aspectos individuales, sociales y organizacionales. Mediante técnicas como la relajación, el feedback, el entrenamiento de habilidades sociales, la solución de problemas, la superación de la ansiedad y la inoculación del estrés.
- Se recomienda aplicar los instrumentos luego de un periodo de tiempo para evidenciar si existirá o no una alteración en los resultados producto del aumento de la carga horario en los trabajadores de la salud.
- Establecer en los centros hospitalarios estrategias de apoyo social por medio de la generación de equipos colaborativos donde las autoridades puedan establecer contacto con el personal para promover la satisfacción laboral.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. CAMPBELL, M. STANLEY, B. P. (2001). Macroeconomía. Publisher: McGraw-Hill College
2. CASTILLO (1999). "El estrés laboral y su relación con el desempeño de la mujer profesional en la industria petrolera". Estado Zulia.
3. CHÁVEZ, N. (2007). Introducción a la Investigación Educativa. Maracaibo. Zulia Editorial Ars Grafics.
4. FERNÁNDEZ - MONTALVO, J., GARRIDO LANDIVAR, E. (1999): Psicopatología laboral. Trastornos derivados del trabajo. Ed. Universidad Pública de Navarra Nafarroako Unibertsitote. Pamplona
5. GARCIA, S y DOLAN, S. (1999) La Dirección por Valores. Madrid. España Mac Graw Hill.
6. GONZÁLEZ DE DURÁN (2003). Factores del estrés que inciden en el desempeño laboral de docentes y directivos de la Unidad Educativa las Cúpulas de PDVSA. Estado Zulia.
7. GUANIPA, M. (2007). Complementariedad paradigmática en la investigación. Gestipolis.com. Anuncios Google
<http://www.gestipolis.com/index.htm>

8. HERNÁNDEZ (2001). "Incidencia del estrés en la satisfacción del desempeño laboral de los empleados administrativos de la fundación Instituto Municipal de la Energía FIME". Estado Zulia.
9. HERNÁNDEZ, R. FERNANDEZ, C. BAPTISTA, P. (2006). Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill Companies, Inc. D.F. México.
10. HERSEY, P. BLANCHARD, K. Y JOHNSON, D. (2000). Administración del Comportamiento Organizacional. Liderazgo Situacional. México.
11. HOPPOCK, R. (1935). Job Satisfaction. New York. Ed. Harper
12. HURTADO DE BARRERA, J. (2000) Retos y Alternativas en la Formación de Investigadores. Caracas. Editorial SYPAL. Segunda edición.
13. IVANCEVICH, J., KONOPASKE, R. y MATTESON, M. (2006). Comportamiento organizacional. México. Editorial Mac Graw Hill. Séptima edición.
14. KERLINGER, F. y LEE, H. (2001). Investigación del Comportamiento. México. Mc Graw Hill. Cuarta edición
15. KINICKI, A Y KREITNER, R. (2003). Comportamiento Organizacional. Conceptos, problemas y prácticas. México. Mc Graw Hill.
16. KYRIACOU, CHRIS (2003). Antiestrés para profesores. Barcelona: Octaedro.
17. LOCKE, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. Handbook of industry and organizational psychology. Chicago. Ed. Rand McNally College.
18. MARTINEZ, M. (2006). Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa. México. Editorial Trillas. Primera edición.
19. MELGOSA, J. (1999). Sin Estrés (1ª. Ed.). España: Editorial SAFELIZ, S.L
20. MUGUERZA (2001) "Factores individuales generadores de estrés en el trabajo y su relación con la satisfacción laboral de los docentes de la Facultad de Ciencias Administrativas de la URBE". URBE. Estado Zulia.
21. MUÑOZ, J. QUINTERO, J. y MUNÉVAR, R. (2001). Cómo Desarrollar Competencias Investigativas. Colombia. Editorial Nomos S. A.
22. NAVARRO, J. (2000). Los trabajadores piden de sus jefes que lideren sus equipos y no que manden por mandar. Revista Capital/MADRID. España.
23. OLIVARES (2001). Incidencia del estrés laboral sobre el desempeño del personal de la Droguería Los Andes, C. A, sucursal Maracaibo. Estado Zulia.
24. OLIVARES, J. QUINTANA DEL SOLAR, M. MATTA, C.et al. (2006). Satisfacción laboral de docentes universitarios del Departamento Académico de Clínica Estomatológica. Rev. Estomatol.Universidad Cayetano Heredia. Perú. Documento en línea. Ene-junio 2006, Vol.16, N° 1 [citado 25 Noviembre 2007], p. 21- 25. ISSN 1019-4355 Disponible

en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552006000100005&lng=es&nrm=iso

25. OOK, T. y REICHARDT, T. (1979). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid. España. Editorial. Morata.
26. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2000). S.O.S. estrés en el trabajo: aumentan los costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor. Ginebra.Revista Nº 37.
27. PEIRÓ, J. M. (1991). Psicología de la organización. Madrid 5ª Ed.
28. PEIRÓ, J. M. LUQUE, O., MELIÁ, J Y LOSCERTALES, F. (1991). El estrés de enseñar. Sevilla: Alfar. RAMOS, J. (1999). Manejo productivo del estrés en las empresas. En: Administrate Hoy. 68.42-44
29. POSE, G. (2005). Estrés en la evaluación institucional. Extraído el 06 de abril, 2006, de la web: <http://www.evaluacióninstitucional.idoneos.com/index.php/34557>
30. RAMOS, J. (1999). Manejo productivo del estrés en las empresas. Administrate Hoy, 68 42-44 ROBBINS, S. (1999). Comportamiento Organizacional. México. Prentice Hall.
31. ROBBINS, S. (2000) La verdad sobre la dirección de personas. Ediciones Gestión. S. A.
32. SÁNCHEZ DE GALLARDO Y MALDONADO (2003). Determinar el estrés en docentes universitarios activos, mediante las subvariables: situaciones estresantes, síntomas manifestados, formas de afrontamiento, personalidad típica y motivos sociales (logro, afiliación y poder). Maracaibo: Universidad del Zulia.
33. SANCHEZ DE GALLARDO, M. y MALDONADO, L. Estrés en docentes universitarios. Caso LUZ, URBE y UNICA. rcs. (online). 2003, Vol. 9, Nº 2 (citado 05 Junio 2007), p. 323-335.
34. SÁNCHEZ (2001) "Incidencia del Estrés en el rendimiento laboral, caso: Tecnimecánica Occidente (TECNIMOCA)". Estado Zulia.
35. SCHULTZ, D. P. (1998). Psicología Industrial. México. Editorial Mc Graw Hill. SELYE, H. (1975). Tensión sin angustia. Ed. Guadarrama. Madrid.
36. SENGE, P. (1992). La Quinta Disciplina: El Arte y la Práctica de la Organización Abierta al Aprendizaje. Buenos Aires: Ediciones Granica. S.A.
37. SENLLE, A. (1992). Calidad y Liderazgo. Ed. Gestión 2000, Barcelona. SENGE, P. (1992). La Quinta Disciplina: El Arte y la Práctica de la Organización Abierta al Aprendizaje. Buenos Aires:Ediciones Granica. S.A. SHARPE, R. y LEWIS, D. (1979). El estrés. Ed.Luís de Caralt. Barcelona.

38. SIERRA BRAVO, R. (2000) Técnicas de investigación social. Ed. Paraninfo. Madrid.
39. SLIPAK, O. (1994). "Estrés y perfiles de personalidad". Estrés, vol. 2, Nº. 2, págs. 18–23. Buenos Aires, 20. <http://www.alcmeon.com.ar> 19^a_03
40. TRAVERS. CH, J. COOPER, C. L. (1997): El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente. Barcelona: Ed. Paidós.
41. TROCH A. (1982). El estrés y la personalidad. México: Editorial Herder.
42. VALDÉS, M. (1985). Psicobiología del estrés. Barcelona: Editorial Martínez
43. ZEPEDA, F. (1999). Psicología Organizacional. México: Ed. Addison Wesley Longman.
44. ZIELSKE, H. A. (1980). Remembering and Forgetting. Television and Journal of Advertising Research. 20 (April), 7-13.

ANEXOS



REPÚBLICA DEL ECUADOR
 DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL "DR. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO"
 GESTIÓN TÉCNICA HOSPITALARIA



Ministerio de Salud Pública

Manta, 18 de Octubre de 2012

CERTIFICACIÓN

DRA. VIOLETA AVILA DE ZEVALLOS en mi calidad de SUBDIRECTORA SUBROGANTE DEL HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO, de la ciudad de Manta, Provincia de Manabí CERTIFICO:

Que la Sra. Silvia Luz Ramírez de Aliatis y la Ab. Karen Groenow Gutiérrez, egresadas de la facultad de psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, realizaron en esta Institución su trabajo para el PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA U.T.P.L.

Tema: **PREVALENCIA DEL SINDROME DE FATIGA LABORAL EN LAS CASAS DE SALUD DEL ECUADOR.**

Lo que certifico en honor a la verdad. Las interesadas pueden hacer uso de la presente, que estimen necesario.

Dra. Violeta Ávila de Zevallos

Subdirectora subrogante

Hospital Rodríguez Zambrano

subdireccion@hrz.gov.ec
 Casilla 13-052755 Telef.: 2-623-403 Etx.5105-5106
 Manta Primer Puerto Marítimo y Pesquero del Ecuador
 Vía San Mateo-Manta-Ecuador

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

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

De mi consideración:

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

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

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


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

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

Atentamente,


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




MAY 07/2012

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

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

De mi consideración:

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

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

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

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

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

Atentamente,

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



ANEXOS

Manta, 09 de Mayo de 2012

Dr. Manuel Traverso
DIRECTOR DEL HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO
Ciudad.-

De nuestras consideraciones:

Nosotras, Silvia Ramírez Palomeque y Karen Groenow Gutiérrez, solicitamos de manera respetuosa su autorización para realizar nuestro trabajo de investigación en el ámbito psicológico en diferentes áreas del Hospital, a un personal de 30 médicos y 30 enfermeras tituladas.

Con el fin de aportar al proceso de investigación y desarrollo del país, el proyecto de investigación que se llevará a cabo en el personal será la identificación del BURNOUT y sus factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.

Es importante indicar que los datos recogidos serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, salvaguardando la identidad de los participantes.

Sin más que acotar, le agradecemos su colaboración.

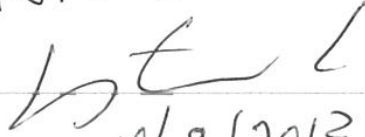
Atentamente,


Silvia Ramírez Palomeque
CC. 130414503-8


Karen Groenow Gutiérrez
CC. 130501228-6

PS: ANA MARIA MAJUTO

FAVOR CONOCER Y
APOYAR LA SOLICITADO


MAYO/9/2012

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario GHC28

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

| | |
|---|--|
| <p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual. X</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p> | <p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. X</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> |
| <p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. X</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> | <p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. X</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> |
| <p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual. X</p> | <p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual. X</p> |
| <p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. X</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> | <p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. X</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> |
| <p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. X</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> | <p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. X</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> |
| <p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. X</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> | <p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. X</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> |
| <p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. X</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> | <p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. X</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p> |
| <p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y</p> | <p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para</p> |

ANEXOS

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

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

ANEXOS

CUESTIONARIO DE 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? | X | |
| 2. ¿Es usted una persona comunicativa? | | X |
| 3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal? | | X |
| 4. ¿Es usted una persona de carácter alegre? | X | |
| 5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros? | X | |
| 6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos? | | X |
| 7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted? | | X |
| 8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas | | X |
| 9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla») | X | |
| 10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)? | | X |
| 11. ¿Se considera una persona nerviosa? | | X |
| 12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir? | X | |
| 13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida? | X | |
| 14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada? | X | |
| 15. ¿Tiene a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales? | X | |
| 16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros? | | X |
| 17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego? | | X |
| 18. ¿Sufre usted de los nervios? | | X |
| 19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona? | | X |
| 20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a? | | X |
| 21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia? | X | |
| 22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias? | X | |
| 23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a? | X | |
| 24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice? | X | |

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

ANEXOS

Cuestionario de BRIEF -COPE

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

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

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

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>

ANEXOS

CUESTIONARIO AP

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 **8** y familiares cercanos: **10**

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA