



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN EN LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, realizado en el Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez, provincia de Manabí año 2012”.

Trabajo de fin de titulación

Autora:

Tufiño Zambrano, Mónica Natalia

Director:

Guevara Mora Sandra Rocío, Lic.

CENTRO UNIVERSITARIO: La Concordia

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciada

Guevara Mora Sandra Rocío,

TUTORA DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

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

.....

Loja, diciembre del 2012

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Mónica Natalia Tufiño Zambrano declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Mónica Natalia Tufiño Zambrano

080189935-2

AUTORÍA

Las ideas y contenidos expuestos en el presente informe de trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor

.....

Mónica Natalia Tufiño Zambrano

080189935-2

AGRADECIMIENTO

- A Dios por ser mi camino, mi verdad y mi vida.
- A mis padres por guiarme por los senderos del saber.
- A mis hijos porque son el motor y la razón de mi existencia
- A mi esposo por su apoyo y comprensión en cada instante especialmente en los momentos más difíciles de esta carrera.
- A mis hermanos quienes con su cariño y afecto me impulsaron a cumplir cada uno de mis objetivos.
- A todos mis familiares y amigos quienes con su amistad y motivación me alentaron en mi esfuerzo por llegar a la meta.
- A todos mis tutores, en especial a la Lic. Sandra Guevara por guiarme para la elaboración de este trabajo investigativo.
- Gratitud a los distinguidos maestros quienes infundieron sus enseñanzas y valores.

DEDICATORIA

Al culminar esta etapa de mi vida, mi deseo es dedicar este trabajo primeramente a Dios, a mis padres, esposo, hermanos e hijos: Ricardo, Javier y Gabriel; porque con su amor y alegría me brindaron en cada instante el apoyo que necesitaba para seguir adelante, esforzándome por llegar a cumplir mis objetivos propuestos y alcanzar la meta propuesta.

ÍNDICE

Carátula	i
Certificación	ii
Acta de cesión de derechos de tesis de grado	lii
Autoría	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Índice	vii
1. Resumen	1
2. Introducción	2
3. Marco Teórico	4
Capítulo 1. Conceptualización del estrés	4
1.1 Antecedentes del estrés. (Origen, definición)	4
1.2 Desencadenantes del estrés. (Factores medioambientales, factores hormonales, estrés alérgico)	5
1.3 Tipos de estresores. (Psicosociales, biogénicos, internos y externos)	6
1.4 Estrés laboral	7
1.5 Moduladores del estrés	8
1.6 Consecuencias del estrés. (Fisiológicas, cognitivas, motoras)	10
1.7 Medidas preventivas y control del estrés	11
Capítulo 2. Conceptualización del Burnout	13
2.1 Definiciones del burnout	13
2.2 Delimitación histórica del síndrome de burnout	14
2.3 Poblaciones propensas al burnout	15
2.4 Fases y desarrollo del síndrome de burnout	16
2.5 Características, causas y consecuencias del burnout	17
2.6 Modelos explicativos del burnout	19
2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout	19
Capitulo 1.2 Conceptualización de las variables de la investigación	22
1.2.1 Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales	22
a. Variables de riesgo y protectoras	22

b. Motivación y satisfacción laboral	23
c. Investigaciones realizadas	24
1.2.2 El burnout y la relación con la salud mental	25
a. Definiciones de salud mental	25
b. Salud mental y estrés	26
c. Síntomas somáticos	26
d. Ansiedad e insomnio	27
e. Disfunción social en la actividad diaria	28
f. Tipos de depresión	28
g. Investigaciones realizadas	29
1.2.3 El burnout y el afrontamiento	30
a. Definición de afrontamiento	31
b. Teorías de afrontamiento	31
c. Estrategias de afrontamiento	32
d. Investigaciones realizadas	34
1.2.4 El burnout y la relación con el apoyo social	35
a. Definición de apoyo social	35
b. Modelos explicativos del apoyo social	36
c. Apoyo social percibido	40
d. Apoyo social estructural	41
e. Investigaciones realizadas	42
1.2.5 El burnout y la relación con la personalidad	42
a. Definición de personalidad	42
b. Tipos de personalidad (personalidad positiva y de salud)	43
c. Patrones de conducta y personalidad	46
d. Locus de control	49
e. Investigaciones realizadas	49
4. Metodología	51
4.1 Diseño de la investigación	51
4.2 Objetivos de la investigación	52
4.3 Preguntas de investigación	53
4.4 Población	53
4.5 Instrumentos	54
4.5.1 Cuestionarios	54
4.6 Recolección de datos	56

5. Resultados Obtenidos	57
6. Discusión	89
7. Conclusiones y Recomendaciones	94
7.1 Conclusiones	94
7.2 Recomendaciones	95
8. Bibliografías	
9. Anexos	
9.1 Instrumentos utilizados	
9.2 Certificaciones	

1. RESUMEN

La siguiente investigación tiene como objetivo determinar si los profesionales de la salud del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez, provincia de Manabí, presentan niveles del Síndrome de Burnout, ya que estudios anteriores han demostrado que trabajar con personas con riesgo de muerte, enfermedades crónicas, entre otras situaciones que demanda el ser médico o enfermero/a puede llegar a provocar en la persona altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, así como también bajos niveles de realización personal; desencadenando de esta manera el Síndrome de Burnout.

Esta investigación es No Experimental ya que se la realiza directamente en el lugar de trabajo con la participación de 15 médicos y 15 enfermeras/os a quienes se les aplica los cuestionarios: Socio demográfico, de Burnout (MBI), de Salud (GHQ28), de Personalidad (EPQR-A), de Apoyo Social (MOS) y de Afrontamiento (BRIEF-COPE).

Mediante la obtención de resultados, y el análisis de datos, se observa que tanto médicos como enfermeras/os no presentan niveles de Burnout, no obstante, si se registran niveles de agotamiento emocional, ansiedad y depresión, sin ser estos suficientes de Burnout.

2. INTRODUCCIÓN

La presente investigación acerca del tema “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”; fundamentalmente 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 y absentismo alrededor del mundo.

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 del 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 realizada 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 relacionada 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. Página 9 de 72

El objetivo de este proyecto, es identificar el nivel del burnout en los empleados de instituciones sanitarias ya que esta población 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, psicológico y conductuales.

El burnout se compone de 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. (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Apples, 1998; Atance, 1997; Chacón, Vecina, Barón y De Paúl, 1999; García, 1995; Gil-Monte, 1991, 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001; Tortella-Feliu, 2001; Wright y Bonett, 1997; Yela, 1996).

(Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 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.

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 en lo referente a la prevalencia de burnout en a nivel de Iberoamérica podemos indicar los siguiente 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 profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%.

Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban 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 quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del desgaste profesional en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país.

3. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Conceptualización del Estrés

1.1 Antecedentes del estrés. (Origen, definición)

El estrés forma parte de la vida de los seres humanos, y todos lo experimentan en mayor o menor grado. De hecho, es una respuesta natural del cuerpo, tan necesaria como la sensación de hambre o de sed. Su función es la de preparar al organismo para actuar o escapar ante una posible amenaza.

“El estrés permite que nos adaptemos a los cambios que se producen a nuestro alrededor, y para ello provoca una activación general del organismo: el ritmo cardíaco aumenta, la respiración se hace más agitada y la musculatura potente incrementa su tensión”. (Casas Hilari, 2000)

“El término estrés se ha tomado prestado del vocabulario de la ingeniería, que utiliza el término para designar la resistencia producida en el interior de un sujeto como consecuencia de una fuerza externa que actúa sobre él; pero, ¿Cómo se define el estrés en psicología? Son muchos los especialistas que han intentado dar una definición a este concepto de significado escurridizo y de compleja conceptualización”. (Casas et al, 2000)

Casas et al, (2000) también informa que en un principio se pensó que el estrés dependía exclusivamente del entorno, y se identificaron aquellas circunstancias que producen mayor tensión. Así, cuando se habla de trabajos estresantes, de situaciones insostenibles o de acontecimientos catastróficos, el grado de estrés vendría determinado por el estresor, es decir, el suceso que lo provoca.

Sin embargo, no siempre es así, el estrés puede ser provocado también intrínsecamente, es decir, cada individuo tiene diferente forma de manifestación ante los “problemas” que se puedan presentar, así, si para una madre de familia el hecho que su hijo no tenga notas de diez sobre diez es motivo de alarma, castigos y hasta crisis familiar; para otra madre en la misma situación puede ser simplemente un hecho aislado que se solucionaría con unos simples consejos y ayuda.

Entonces, con lo antes señalado, el concepto de estrés se torna cada vez más amplio y complicado dependiendo de sus desencadenantes, de la personalidad, del medio ambiente, y de muchos otros factores que se irán detallando en lo posterior.

Básicamente se debe recordar que el estrés es: Una respuesta natural del organismo (fisiológica o psicológica), requiere un proceso de adaptación (interacción persona-ambiente), depende del entorno (estímulo) y varía en función de nuestra interpretación (percepción).

1.2 Desencadenantes del estrés: (factores medioambientales, factores hormonales, estrés alérgico).

Son innumerables los eventos que pueden ocasionar estrés, aunque la forma de verlos o afrontarlos juega un papel importante, no se puede negar que a veces determinadas circunstancias son especialmente angustiosas.

“Los llamados estresores o factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis)”. (Franco, 2000)

Una parte importante del esfuerzo que se ha realizado para el estudio y comprensión del estrés, se ha centrado en determinar y clasificar los diferentes desencadenantes de este proceso. La revisión de los principales tipos de estresores que se han utilizado para estudiar el estrés proporciona una primera aproximación al estudio de sus condiciones desencadenantes, y muestra la existencia de ocho grandes categorías de estresores (Franco, 2000):

- Situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente,
- Estímulos ambientales dañinos,
- Percepciones de amenaza,
- Alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.),
- Aislamiento y confinamiento,
- Bloqueos en nuestros intereses,

- Presión grupal,
- Frustración.

1.3 Tipos de estresores: (Psicosociales, Biogénicos, Internos y Externos)

Al determinar los desencadenantes del estrés, cabe la posibilidad de realizar diferentes taxonomías acerca de los mismos en función de criterios meramente descriptivos; por ejemplo, la que propusieron Lazarus y Folkman (1984), para quienes el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno (que es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar). Por este motivo, se ha tendido a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida.

Conviene hablar, entonces, de cuatro tipos de acontecimientos estresantes:

- **Los estresores únicos:** Hacen referencia a cataclismos y cambios drásticos en las condiciones del entorno de vida de las personas y que, habitualmente, afectan a un gran número de ellas.
- **Los estresores múltiples:** Afectan sólo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de transcendencia vital para las personas.
- **Los estresores cotidianos:** Se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.
- **Los estresores biogénicos:** Son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

“Estos estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica y, también, pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro”. (Franco, 2000).

González de Rivera y Morena (1983) determinan diez principales acontecimientos vitales estresantes:

- Muerte del cónyuge
- Problema legal grave que puede terminar en prisión
- Quedarse sin trabajo
- Despido
- Repentino y serio deterioro de la audición y visión
- Ruptura de la familia (separación de los padres)
- Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico
- Muerte de un familiar cercano
- Aborto no deseado
- Problemas relacionados con el alcohol y las drogas

1.4 Estrés laboral

Casi cualquier condición laboral produce estrés, pero la reacción de cada empleado a éste es variable. Por ejemplo, uno acepta un nuevo procedimiento laboral y siente poco o ningún estrés, en tanto que otro experimenta una tensión abrumadora con la misma tarea. Parte de la diferencia radica en las experiencias, perspectivas generales y expectativas de cada empleado, todas las cuales son factores internos.

De acuerdo a Newstrom, (2007) manifiesta que existen algunas condiciones laborales que producen frecuentemente estrés en los empleados, estas serían:

- Sobrecarga de trabajo
- Presiones de tiempo
- Mala calidad de supervisión
- Ambiente laboral inseguro
- Falta de control personal
- Autoridad inadecuada en relación con las responsabilidades
- Conflicto y ambigüedad de roles
- Diferencias entre los valores de la empresa y de los empleados
- Cambio de cualquier tipo, especialmente cuando es importante o inusual
- Frustración
- Apoyo inadecuado

Estos factores desencadenantes de estrés laboral, al combinarse con la “carga” que ya se cuenta desde el ambiente familiar, educativo, de amistad, etc. Pueden llegar a producir verdaderos síntomas de agotamiento, ansiedad, desmotivación, incluso llegar a la depresión al no encontrar vías adecuadas para una correcta adaptación a lo que se está viviendo, lo que a su vez provocará un desempeño laboral bajo, perjudicando así no sólo su futuro laboral, si no el de la organización, institución o empresa a la que se encuentre vinculado.

Se puede decir que cuando los niveles de estrés laborales aumentan de un modo racional, este mismo estrés hará que el trabajador busque las herramientas necesarias para resolver los problemas y cumplir a cabalidad; pero, cuando los niveles de estrés llegan a niveles demasiado alto, se convierte en una fuerza destructiva y el rendimiento o desempeño disminuirá, ya que la tensión no le permitirá producir correctamente interfiriendo negativamente en su puesto de trabajo.

1.5 Moduladores del estrés

Los moduladores del estrés pueden definirse como expectativas de control interno y externo tendientes a minimizar los efectos físicos o emocionales que ocasiona el estrés en el organismo.

“Los llamados moduladores del estrés resultan ser una serie de ayudas paliativas para la persona que se encuentra afectada por las desagradables consecuencias del estrés. No constituyen recursos de reducción o afrontamiento directo de los temidos efectos del mismo, tan sólo se caracterizan por modular los efectos de una respuesta fisiológica o emocional, una vez que ésta ya se ha producido, evitando, de esta manera, que el exceso de activación pueda llegar a generar algún tipo de problema psicofisiológico. En general, tienen la función de relajar tanto las funciones físicas como emocionales”. (Casas, 2000)

A continuación se pueden establecer los siguientes moduladores del estrés:

- **La importancia de la personalidad:** Nadie puede ser considerado totalmente resistente al estrés, sin embargo existen personas que tienen un buen dominio del mismo: se mantienen equilibradas ante las circunstancias adversas y saben escoger la forma más adecuada de afrontar el peligro. En cambio, otras se pueden

ver desestabilizadas por los hechos más insignificantes y pueden responder con sensaciones de tensión y malestar. Aunque no existe receta infalible contra el estrés, algunas características propias de la personalidad han demostrado tener una importancia concluyente. (Casas, 2000)

- **Tener sensación de control reduce el estrés:** Otro factor clave para controlar el estrés es sentir la capacidad de controlar los sucesos; lo cual significa que no es imprescindible ejercer el control de forma real sobre las situaciones, basta con tener una sensación de dominio para relajarse ante un estresor. (Casas, 2000)
- **Buscando el responsable:** A menudo se tiende a creer que los acontecimientos de la vida cotidiana son el resultado de las propias acciones; especialmente, cuando surgen problemas en el medio en que se desarrollan las actividades cotidianas, entonces la tendencia es atribuirse la responsabilidad de los problemas. Suele decirse, en este caso, que se posee un locus de control interno. Otras personas tienden a buscar responsabilidades fuera de ellas, es decir, tienen un locus de control externo. (Casas, 2000)
- **Tolerar la ambigüedad en un mundo inseguro:** La capacidad que se tenga para tolerar la ambigüedad es un factor importante para determinar la propensión personal al estrés. Ya que la mayor parte de situaciones que envuelve vida real resultan ser ambiguas y no se tiene una solución clara, por lo que es de mucha importancia desarrollar la virtud de la tolerancia hacia la ambigüedad para enfrentarse de manera efectiva a las demandas del día a día. (Casas, 2000)
- **El apoyo social, un arma contra el estrés:** Se considera que las personas que disfrutan de un entorno social óptimo sufren menos los efectos perjudiciales y soportan mejor la amenaza en el momento en el que atraviesan por una situación estresante. (Casas, 2000)

“Así, tener siempre alguien que escuche nuestros problemas, que nos pueda dar un buen consejo o sugerencia, que nos demuestre afecto y comprensión, o incluso ayuda económica contribuye extraordinariamente a mejorar nuestra tolerancia ante los posibles problemas que se puedan presentar”. Casas et al, (2000)

Entonces, si bien es cierto que ninguna persona está absolutamente libre de tener a diario factores que estresan, también es cierto que los diferentes moduladores con los que cuenta cada persona vendrán a ser piezas clave para sobrellevar esa “carga” que muchas de las veces dificultan un correcto desenvolvimiento no solo dentro de lo laboral, sino en cada ámbito y cada espacio lo que desarrollará consecuencias y problemas fisiológicos, psicológicos y cognitivos, los mismos que serán detallados a continuación.

1.6 Consecuencias del estrés: (fisiológicas, cognitivas, motoras)

Cuando la tensión llega a niveles elevados, muchos empleados desarrollan diversos síntomas de estrés que perjudican su desempeño laboral y salud e incluso amenazan su habilidad para manejar el ambiente.

En el ámbito psicológico las personas estresadas se vuelven nerviosas y crónicamente preocupadas, se irritan fácilmente y son incapaces de relajarse, poco cooperadoras o consumen alcohol y otras drogas en forma excesiva.

El estrés también ocasiona enfermedades físicas, porque el sistema corporal interno trata de manejar la tensión. Algunas enfermedades físicas son de corta duración, como un malestar estomacal. Otras son prolongadas, como una úlcera gástrica. El estrés que se mantiene durante un tiempo prolongado también favorece la aparición de enfermedades degenerativas del corazón, riñones, vasos sanguíneos y otras partes del cuerpo. Puede ocasionar angina (severo dolor en el pecho) y dolores de cabeza.

En los síntomas conductuales se pueden desarrollar tabaquismo excesivo, abuso de alcohol o drogas, ausentismo, agresión, problemas de seguridad y problemas de desempeño.

Algunos puestos, como los profesionales de apoyo (psicólogos, profesionales de atención médica y trabajadores sociales) y los que están sometidos a un estrés intenso tienen más probabilidad que otros de ocasionar desgaste y, cuando esto ocurre es probable que se quejen continuamente, atribuyan sus errores a otros, exageren sus características dominantes y estén muy irritables; esto, a su vez desencadena un mayor ausentismo, así como la disminución de cantidad y calidad del desempeño laboral. (Newstrom; 2000)

Es importante aprender a reconocer estos síntomas en el organismo, tomando en consideración las consecuencias fisiológicas, psicológicas y conductuales que presentan las personas con altos niveles de estrés. Para nadie es desconocido que el estrés puede llegar a alterar el sistema nervioso, pero para muchos si es desconocido que estos síntomas pueden llegar a ocasionar verdaderas enfermedades graves como lo es el cáncer, ya que al disminuir el nivel de defensas en el organismo, las enfermedades estarán listas para atacar y siempre lo harán en los puntos más débiles que encuentre.

1.7 Medidas preventivas y control del estrés

La mayor parte de las investigaciones sobre el estrés se refieren a sus antecedentes, manifestaciones y consecuencias. Pareciera ser que el estrés es una parte inevitable de la vida y que lo más recomendable es encontrar formas de aceptar su presencia.

Un enfoque alternativo es la idea de que el estrés es prevenible (o al menos en forma parcial) y, si se experimenta puede ser tratado de forma efectiva.

Las iniciativas para el manejo del estrés que se dirigen a prevenirlo pueden incluir acondicionamiento físico en el sitio, ejercicio, meditación y programas de administración del tiempo. Las iniciativas de intervención para el estrés implican de manera más típica la consejería, grupos de apoyo social y programas de asistencia para los empleados. Como tales, hay programas formales que pueden adoptar las organizaciones para prevenir y tratar el estrés que los trabajadores sienten en sus puestos. (Muchinsky, 2000)

Por esto es importante que no solo en los lugares de trabajo se puedan aplicar ciertas estrategias para prevenir cualquier amenaza de estrés, sino también aplicarlas en la vida cotidiana.

A continuación Newstrom (2000) presenta una lista de estrategias personales comunes para manejar el estrés:

- No trabajar muchas horas ni aceptar tiempo extra.
- Trabajar voluntariamente en horarios flexibles.
- Identificar a las personas que causan estrés y evitarlas.

- Mantener una dieta saludable y alimentarse regularmente.
- Hacer ejercicio habitualmente y dormir suficientes horas.
- Evitar la desidia.
- Establecer metas razonables para usted mismo.
- Desarrollar un método sencillo para organizar las actividades diarias.
- Evitar la tensión y decidir si necesita luchar cada batalla.
- Consultar a un amigo de confianza antes de participar en nuevas actividades.
- Desarrollar un equilibrio de capacidades físicas, emocionales, mentales y espirituales.
- Encontrar o crear oportunidades para reír.

Las estrategias antes señaladas serán de mucha importancia si se las pone en práctica en el entorno laboral, familiar o cualquier espacio de las actividades diarias, es necesario aprender a reconocer las señales que el organismo manifiesta, entonces, antes de buscar soluciones cuando ya tiene estrés, se empiecen aplicando estrategias que aseguren alejarnos del estrés, pero que si van a ser de mucha importancia a la hora de saber manejarlo y controlarlo de una forma eficiente y adecuada.

Cuando se tiene la capacidad de controlar emociones, inseguridades, miedos, prejuicios, sentimientos de culpa, irritabilidad, etc. Cuando se comparte con personas que inspiran confianza, seguridad, alegría; cuando se valora más la vida y existen quejas, cuando se aprecia el trabajo como un espacio para aprender, para crecer; cuando en el hogar se vive en un ambiente de paz; cuando en el interior no se guardan resentimientos y se es capaz de disfrutar cada etapa de la vida, es entonces cuando el nivel de estrés se va a reducir considerablemente y también se podrá crear un ambiente laboral saludable, beneficiando además el nivel de productividad empresarial.

CAPITULO 2. Conceptualización del Burnout

2.1 Definiciones del Burnout

El estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral.(Quiceno y Stefano, 2007)

Ante esto, Moreno y Peñacoba (1999) hacen una diferenciación del estrés y el burnout, argumentan textualmente lo siguiente, que: “el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca sin más el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto”. (Quiceno y Stefano, 2007).

Seguidamente Shiron (1989, citado en Moreno y Peñacoba, 1999) consideraba al burnout como una forma de cansancio cognitivo. (Quiceno y Estefano; 2007).

En otras palabras, el estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral. (Quiceno y Estefano, 2007).

Por consiguiente, una de las definiciones que más se aproxima a la dada por varios autores es la postulada por Farber (1983) donde explica la relación del Burnout con el ámbito laboral:

“El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por

otros síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima”(Quiceno y Stefano, 2007).

Por otro lado, Gil Monte y Peiró (1997), definen el Síndrome de Burnout como:

“Una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en las personas y consecuencias negativas para las instituciones laborales” (Gil Monte y Peiró, 1997)

Al Síndrome de Burnout se le han dado diferentes denominaciones, aunque la literatura ofrece alrededor de diecisiete en castellano, algunas de ellas son: “quemarse por el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del desgaste profesional” y “desgaste psíquico” entre otras (Boada Vallejo y Agulló, 2004; Ortega y Francisca, 2004; Gil Monte, 2005). (Quiceno y Stefano, 2007)

2.2 Delimitación histórica del síndrome de burnout

Como se ha manifestado anteriormente, el año de origen del constructo burnout es en 1974 gracias a los aportes científicos de Herbert Freudenberger y Ginsburg. Estos conocimientos fueron trasladados en los años 80 al contexto deportivo ya que burnout era una palabra de uso común entre los atletas y también artistas que no conseguían resultados pese a los esfuerzos realizados; de igual manera éste término se utilizaba para referirse a los consumos excesivos de sustancias tóxicas como: drogas, alcohol, cigarrillo, etc.

Existe una amplia delimitación histórica del síndrome de burnout diferenciando dos perspectivas: la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial.

Dentro de la perspectiva clínica existen los aportes científicos de Freudenberger (1974) y de Pines y de Aaronson (1988); donde se considera al burnout como un estado al que se llega como consecuencia del estrés laboral.

Por otro lado, dentro de la perspectiva social existen los trabajos iniciales de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter

(1988); Maslach y Jackson (1981), Schaufeli y Dierendonck (1993), entre otros. En donde se considera al burnout como un proceso que se desarrolla por la interacción de ciertas características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas.

Por otro lado existe una evolución histórica del síndrome de burnout en el contexto organizacional ya que aquí se realizaron los primeros aportes científicos y dentro de este contexto cabe destacar los aportes de los siguientes autores: Freudenberg (1974) define al burnout como sensación de fracaso y una existencia agotada del trabajador, Maslach (1976), psicóloga social, quien con sus investigaciones dio a conocer la formulación teórica más consolidada del burnout, Pines y Kafry (1978) lo describen como una experiencia de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Más tarde nuevamente Maslach y Jackson (1981) lo definieron como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva a la persona a realizar actividades de despersonalización.

Smith, Watstein y Wuehler (1986) concluyen que burnout describe síntomas, conductas y actitudes frágiles únicas de cada persona. Burke y Richardsen (1993) lo describen como un proceso de actitudes, sensaciones y experiencias negativas que pueden ocurrir en determinado momento. Gil Monte y Peiró (2000) describen al burnout como un proceso en el que intervienen factores cognitivos aptitudinales, emocionales y actitudinales.

Molina Linde y Avalos Martínez (2007) lo describen como la paradoja de la salud; es decir, consideran que los profesionales de la salud se enferman en la misma medida en que sanan a sus pacientes. Finalmente Maslach y Leiter (2008) concluyen que el burnout se relaciona con el alto volumen de trabajo, ambigüedad de roles de trabajo, experiencias de injusticia, falta de participación, conflictos, etc.

2.3 Poblaciones propensas al Burnout

Maslach y Jackson (1984) precisan que el burnout afecta a muchas personas y que se necesita conocer mucho más acerca de él. Burke y Richardsen (1991) manifiestan que es un problema que afecta cada vez a más profesionales (hasta 25 campos profesionales, cita Silverstein, (1986), y consecuentemente a más personas. Entre los que se destacan como poblaciones más propensas al burnout las siguientes: Profesores, enfermeras, médicos, bibliotecarios, policías y personal sanitario.

Existen numerosos estudios para determinar las poblaciones propensas al Burnout y todos coinciden en que éste afecta de manera diferente a hombres y mujeres.

En este sentido, Maslach y Jackson (1984) precisan que las mujeres son más propensas que los hombres.

Respecto de las condiciones personales, el perfil de la persona más propensa al burnout se caracteriza por una elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, entre otros elementos. (Torres, 2004)

2.4 Fases y desarrollo del Síndrome de burnout

Considerando el hecho de que el síndrome de burnout es un proceso de respuesta a ciertos acontecimientos y se desarrolla gradualmente en forma diferente en las personas con la presencia de determinados rasgos y síntomas generales; existen varios modelos procesuales que tratan de explicar su desarrollo mediante fases o niveles.

Estas fases de desarrollo del síndrome de burnout no son absolutamente aceptadas o satisfactorias por ejemplo:

Cherniss (1982) describe el proceso de burnout en cuatro fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo.

Maslach (1988) plantea un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales, fase de tensión psicofísica, y fase cambios conductuales.

Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales reflejados en el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La fase de tensión psicofísica experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos que se manifiestan por irritabilidad y

respuestas impersonales. Por último, la fase de cambios conductuales que dan como resultado dificultad para la realización personal en el trabajo como respuesta negativa hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades.

2.5 Características, causas y consecuencias del burnout

El burnout surge como consecuencia de situaciones estresantes. Las actuaciones que desencadenan la aparición de este síndrome pueden ser intensas y/o duraderas. Este síndrome se identifica al presentarse las características del estrés junto con las molestias físicas que ocasionan un mayor desgaste.

Dentro de las características del burnout, la principal es el fuerte sentimiento de importancia al desarrollo de las tareas y al mismo tiempo la impotencia de realizarlas. Otra característica es la agitación mental que se manifiesta en un comportamiento desordenado ante el objetivo de finalizar una labor de la manera que sea. Además de estas características existe el hecho de que aunque la persona disponga del tiempo necesario de realizar la tarea se siente estresada y a diferencia de lo que ocurre durante la primera fase del síndrome; el trabajo ya no produce satisfacción a la persona y presenta sensibilidad, depresión y falta de iniciativa.

Por otro lado dentro de las características físicas, a los síntomas propios del estrés a nivel corporal se suman otro tipo de molestias como por ejemplo: fatiga y agitación al mismo tiempo, tics nerviosos, palpitaciones, taquicardia, aumentos de la presión arterial, inapetencia sexual, insomnio, dolor de cabeza, mareos, dolores musculares, trastornos digestivos, infecciones, manchas o afecciones en la piel, trastornos respiratorios y circulatorios o digestivos que desencadenan en variaciones en el peso.

Básicamente este síndrome surge cuando en el trabajo los horarios no permiten solucionar todo lo planificado, o cuando se ha idealizado mucho tal o cual actividad o profesión y la realidad no se ajusta a lo soñado. Los bajos sueldos, los escasos incentivos profesionales, la pérdida de prestigio social, la rutina en el trabajo, obsesión por el perfeccionismo, trabajar con herramientas inadecuadas, en espacios no acondicionados, generación competitiva no sana en el ambiente laboral, entre otras.

Como puede observarse las causas del burnout son muchas y van desde las que tienen que ver con el individuo hasta con las del tipo social y cultural.

Las consecuencias del Burnout es que la persona paulatinamente se va viendo afectada en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, a pesar de poner en juego todos sus recursos personales (INSHT, 2006). Se produce un deterioro general: cognitivo, emocional, conductual y físico.

Los síntomas de burnout pueden ser agrupados en físicos, emocionales y conductuales (Cherniss, 1980 b) (Maslach, 1982):

- **Síntomas físicos:** Malestar general, cefaleas, fatiga, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, asma, alergias, dolores musculares (espalda y cuello) y cansancio hasta el agotamiento y en las mujeres pérdida de los ciclos menstruales.
- **Síntomas emocionales:** Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alineación. Predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.
- **Síntomas conductuales:** Conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, agresividad, aislamiento, negación, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos).

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

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

2.6 Modelos explicativos del burnout

La etiología¹ del Burnout, como hemos visto es muy diversa y existen diversos factores implicados lo que ha ocasionado el desarrollo de múltiples modelos explicativos del Burnout.

Una de las clasificaciones más utilizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: La Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural. También existen otros modelos explicativos del Burnout como: El modelo de B.M. BYRNE que relaciona los factores generales que propician el síndrome con los conceptos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

El Modelo de KYRIACOU en las que se determina que existe una correlación significativa entre el Burnout y los síntomas psicossomáticos de la ansiedad.

Posteriormente Rusdow (1999) tomando como referencia este modelo estableció uno nuevo denominado Modelo de reacciones negativas de tensión y consecuencias en la actividad docente.

Finalmente el modelo de Maslach y Leiter es el más aceptado por la comunidad científica internacional. Utilizan el Maslach Burnout Inventory (MBI) como método de instrumento fundamental de evaluación y establece que el Burnout es concebido como una experiencia personal y crónica de estrés relacionada con el contexto social; el mismo que incluye tres componentes: la experiencia del estrés, la evaluación de los otros y la evaluación de uno mismo.

2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Debido a que el síndrome de Burnout se observa con mucha más frecuencia en personas con una profesión dedicada a la intervención social y al incremento de las

¹ La Etiología es la ciencia que se encarga del estudio de las cosas. Esta palabra se usa en Psicología para referirse a la causa de los fenómenos.

tensiones y preocupaciones propias de la vida cotidiana se han desarrollado una serie de teorías acerca de la prevención y tratamiento del síndrome de Burnout que van desde el apoyo emocional, instrumental, informativo y evaluativo.

Por otro lado el Dr. Horacio Cairo propone 10 puntos clave en la prevención de este síndrome, también mencionados por el autor Hamson WDA en su obra Stress and

Burnout in the Human Services Professions, que son las siguientes:

- Proceso personal de adaptación.
- Formación en las emociones.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficciones, descansos y trabajo.
- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes, etc.
- Limitar al máximo la agenda asistencial.
- Tiempo adecuado por pacientes: 10 min de media como mínimo
- Minimizar la burocracia con mejoras en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
- Formación continua
- Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad.
- Dialogo efectivo con los directivos.

Como se ha visto anteriormente el síndrome de Burnout afecta a muchas áreas de la vida; por lo que se vuelve necesario utilizar un modelo de intervención integrado de varios componentes, de modo que se complementen unos a otros.

A nivel personal se hace necesario mejorar los puntos de resistencia o protección para evitar los estresores del ambiente y potencial la percepción de control, auto eficacia y auto eficiencia personal, y la autoestima. También es necesario realizar algún tipo de deporte o actividad recreativa, intensificar las relaciones familiares, y solicitar ayuda profesional en caso de ser necesaria.

A nivel laboral se debe considerar la realidad, en lo posible trabajar en equipo, y la formación de grupos de reflexión para tratar periódicamente los resultados alcanzados en un área específica, minimizar imprevistos, minimizar la burocracia, flexibilidad

horaria, apoyo a la formación profesional, incrementar el grado de independencia en la toma de decisiones, eliminar barreras entre directivos y subalternos, y realizar reuniones acordes a las necesidades de las personas sin afectar en lo posible su jornada laboral.

Sin embargo, no existe ningún tratamiento específico para este síndrome, ni tampoco una estrategia simple de prevención. En algunos casos es necesario un periodo de vacaciones y en casos más graves recurrir a fármacos anti depresivos.

CAPITULO 1.2. Conceptualización de las variables de la investigación

1.2.1. Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales.

El Síndrome de Burnout es una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de la salud, con diversas consecuencias para ellos y para quienes los rodean. Es también, una de las causas más reconocidas de ausentismo en el trabajo, de baja calidad en la atención y de demandas laborales.

La prevalencia de este síndrome y la importancia de las consecuencias que esto conlleva justifican la necesidad de la realización de estudios acerca de este constructo y como tal la relación con variables socio demográficas y laborales.

Entre las variables socio demográficas y laborales más utilizadas, en numerosos estudios se encuentran las siguientes:

- **Variables socio demográficas:** edad, sexo, estado civil, hijos, estudios y si el sujeto vive solo o con familiares.
- **Variables laborales:** categoría profesional, años de experiencia, horarios-turnos de trabajo, tipo de contrato, y si el profesional se desempeña extracurricularmente o realiza trabajos adicionales a su desempeño laboral.

a. Variables de riesgo y protectoras

Entre las variables de riesgo y protectoras se pueden determinar las siguientes:

- **Riesgos ambientales:** Temperatura, iluminación, ruido-vibraciones, higiene, espacio físico; etc.
- **Riesgos físicos:** Cargas pesadas, posturas incómodas, misma postura, movimientos repetitivos.
- **Riesgos biológicos-tóxicos:** Riesgos químicos, riesgos por radiación, riesgos biológicos, riesgos químicos, riesgos por radiación.

- **Demandas del trabajo:** Ritmo excesivo, sobre carga de horarios y horas de trabajo, horario inflexible, exceso de tareas al mismo tiempo.
- **Contenido del trabajo:** Monotonía, complejidad de tareas, no participación en la toma de decisiones.
- **Relaciones interpersonales:** Conflicto con compañeros, con superiores, con pacientes, con familiares o allegados.
- **Desarrollo profesional:** No oportunidad de formación, No oportunidad de promoción, No estabilidad laboral.
- **Estrés laboral:** Estrés por inclusión de nuevas tecnologías, frustración, problemas de comunicación con pacientes, compañeros y jefes de trabajo, nivel general de estrés.
- **Normas de seguridad:** Cumplimiento o incumplimiento.

b. Motivación y satisfacción laboral

Sin lugar a dudas la motivación es un elemento de mucha importancia en cualquier ámbito de la vida humana; pero es en el trabajo donde ocupa un lugar preponderante ya que al estar motivado o motivada para realizar una actividad trae consecuencias psicológicas positivas.

La motivación es el interés o fuerza intrínseca que se da en relación con alguna cosa que se quiera alcanzar. Es un estado subjetivo que mueve la conducta hacia una dirección en particular.

Existen varias teorías acerca de la motivación, una de las más utilizadas o estudiadas es la Teoría Motivacional de Maslow.

Maslow introduce el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente. La jerarquía está organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentren en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas de la jerarquía; de este modo, se encuentran las necesidades de déficit, las

cuales serían las necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, las necesidades de estima; y las de desarrollo, las cuales serían las necesidades de autorrealización y las necesidades de trascendencia.

Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer (Jarpa, 2000).

De igual manera, podría decirse que la satisfacción laboral es un fin en sí mismo ya que tiene un valor intrínseco tanto para el trabajador como para el empleador.

c. Investigaciones realizadas

Se han realizado numerosas investigaciones con el objetivo de determinar la relación entre variables socio demográficas, socio laborales y organizacionales con las dimensiones del síndrome de Burnout.

La mayoría de estas investigaciones se han realizado en profesores universitarios, diversas profesiones, enfermeras, bibliotecarios, policías, personal sanitario, asistentes sociales y médicos (hasta 25 campos profesionales cita Silverstein, 1986); sin olvidar que en los años 60 se había utilizado el término para referirse a los efectos que provocaba en la persona el abuso crónico de las drogas, hasta que Freudenberger (1974) le da la nueva connotación al constructo. Una connotación que está ligada a su condición psicoanalítica y su pretensión de caracterizar al burnout como un nuevo síndrome clínico (Grebart, 1992).

Los estudios realizados han demostrado que en principio, cualquier individuo sea cual sea su situación personal y organizacional podría verse afectado por este problema; sin embargo, esto no debe hacer caer en el uso indiscriminado del término burnout para describir diferentes problemas relacionados con el trabajo o con cualquier otro contexto (Maslach, 1982).

Con el anterior planteamiento de este problema que afecta cada vez a más profesiones, y consecuentemente a más personas; se puede decir que estos

argumentos son indicativos de que el burnout es un problema de gran magnitud, que conlleva consecuencias personales y laborales negativas y que justifican por sí mismas que el desarrollo investigador haya crecido de manera considerable en estos pocos más de veinte años.

1.2.2 El burnout y la relación con la salud mental

Es indudable que el constructo burnout tiene consecuencias en la salud mental de las personas; relacionándola a esta con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la Organización Mundial de Salud OMS.

a. Definiciones de salud mental

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas ya que es un concepto multidisciplinar que contempla, además de conceptos médicos, y farmacológicos, aspectos que tienen relación con el tema laboral, clases sociales, educación, creencias, moda, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que no existe una sola definición de salud mental y que la misma va a depender de la cultura, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y además de la manera en que se las personas relacionan su entorno con la realidad.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con la promoción del bienestar, prevención de trastornos mentales, y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

También es importante destacar un dicho popular que afirma: “Mente sana en cuerpo sano”; por lo que se puede decir, también que la salud mental no es una cuestión que se encuentra totalmente separada de la salud física, ya que se ha podido comprobar a través de innumerables casos, que existen evidentes conexiones entre las enfermedades mentales y las físicas, aún más, se suele decir que muchas veces las preocupaciones, las tragedias personales y las frustraciones, entre otras cuestiones, suelen ser los detonantes que darán comienzo a algunas afecciones o enfermedades físicas.

Los psicólogos, que son los profesionales encargados y más idóneos a la hora de determinar y controlar la salud mental de los individuos, consideran que esta debe ser promovida desde tres niveles, individual, motivando a la persona a través de estímulos, comunitario, asegurando la integración social del sujeto y a nivel estatal, implementando y diseñando planes que faciliten el acceso a la salud pública.

b. Salud Mental y el Estrés

Es indudable que el estrés puede afectar la salud mental y física debido a los mecanismos internos de respuesta hacia los estresores que tiene el cuerpo humano.

Por ejemplo: se puede sudar con tan solo pensar en una fecha importante, o sentir que el corazón se acelera mientras se observa una película de miedo. Estas reacciones son causadas por hormonas que los científicos creen ayudan a lidiar con las amenazas e incertidumbres del medio ambiente. Si la causa del estrés es temporal, los efectos físicos usualmente son de corta duración.

En un estudio, la presión de tomar exámenes aumentó el grado de acné entre estudiantes de universidad, independientemente de cómo se alimentaron o durmieron. La condición disminuyó después que pasaron los exámenes. El dolor abdominal y la irregularidad también han sido relacionados con el estrés situacional. Mientras más tiempo la mente se sienta estresada, más tiempo el sistema de reacciones físicas se mantendrá activado. Esto puede llevar a mayores problemas de salud.

En términos generales la persona que goza de una buena salud mental se siente bien consigo misma y con los demás, tolera grados razonables de presión, se adapta fácilmente a las circunstancias cambiantes y es capaz de trabajar de acuerdo a su capacidad.

c. Síntomas somáticos

Somático procede de un vocablo griego “soma” que puede traducirse como “corporal”. Este término se utiliza como adjetivo para calificar en un ser animado, a aquello que es corpóreo o material.

En las ciencias de la biología y la medicina, un síntoma somático es aquel cuya naturaleza es precisamente corpórea o material, a diferencia de los síntomas psíquicos.

La subida de la presión ante una situación de tensión o nerviosismo, el rubor en las mejillas o sonrojarse cuando se siente vergüenza, el colon irritable, cefalea, taquicardia, vómito por un mareo, etc. son algunos de los ejemplos de síntomas somáticos a partir del estrés.

d. Ansiedad e insomnio

Por lo general cuando se tiene una mala noche, se tiende a volverse irritable, cansado e inquieto, y esto, si se experimenta diariamente, puede significar que se está sufriendo de insomnio y también de ansiedad. Estos dos desórdenes pueden interactuar para provocar el uno al otro.

El insomnio es un desorden del sueño que es causado generalmente por la tensión en cualquier área de la vida; pero también puede ser el resultado de medicaciones administradas para combatir otra condición médica existente que se puede estar experimentando además de la ansiedad.

Los síntomas del insomnio incluyen el tener problemas para dormir y permanecer dormido durante un largo periodo de tiempo; el sueño interrumpido y el despertar en las primeras horas de la mañana y tener dificultades para volverse a dormir.

La ansiedad y el insomnio se relacionan estrechamente ya que el uno puede provocar el otro. Cuando no se obtiene el descanso necesario para la mente, entonces el cerebro no piensa claramente y sin embargo sigue intentándolo; en este proceso se pueden sufrir ataques tanto de ansiedad como de pánico. La ansiedad y el insomnio a menudo se experimentan juntos por esta razón.

El mismo proceso sucede al revés cuando se está sufriendo de ataques de ansiedad y por esa razón se puede experimentar problemas en el patrón del sueño, lo cual causará el insomnio. Por lo tanto, tratar uno de los dos desórdenes generalmente resolverá el otro con el mismo proceso.

e. Disfunción social en la actividad diaria

Como se ha mencionado anteriormente, los individuos que están inmersos en situaciones demasiado demandantes carentes de atención a la salud mental pueden desarrollar síntomas como la ansiedad, insomnio, disfunción² social en la actividad diaria y depresión, síntomas que identifican el estado de salud mental de los individuos. De acuerdo a varios estudios realizados la disfunción social persistente suele crear algunos indicios de: angustia, ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima y somatización³.

f. Tipos de depresión

Durante los años setenta y ochenta se estableció una clasificación de tipos de depresión según algunas características clínicas, pero en la actualidad, los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor, depresión menor, distimia, y trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad, y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión mayor es un grave obstáculo para el funcionamiento normal y conlleva cinco o más de los síntomas de la depresión.

La depresión menor afecta a los pacientes que presentan menos de los cinco síntomas de la depresión.

La distimia es un tipo de depresión crónica suave. Los síntomas duran dos años o más y no son tan graves como los de la depresión mayor. A menudo, las personas no se dan cuenta que padecen este desorden aunque en general no se sienten bien.

La depresión bipolar o maniaco depresiva presenta ciclos de depresión y excitación emocional o manía. Los cambios de humor suelen ser rápidos e intensos, pero casi siempre son graduales.

² Disfunción es el funcionamiento anormal o incompleto en la realización de actividades o de un órgano o sistema. También se habla de familias disfuncionales cuando su comportamiento es conflictivo o se ven afectados por adicciones o enfermedades mentales no tratadas.

³ Somatización (llamado antiguamente "histeria crónica" o "síndrome de Briquet") es un diagnóstico psiquiátrico aplicado a pacientes quienes se quejan crónica y persistentemente de varios síntomas.

También se pueden citar otros tipos de depresión como: el desorden afectivo estacional y la depresión postnatal.

g. Investigaciones realizadas

El Fondo de documentación, Biblioteca las Casas, publica en su último número (2012, N. 8 Fasc. 1) un estudio donde se presenta un protocolo de investigación, para analizar las posibles diferencias de dotación recibida, entre los distintos mecanismos de especialización de Enfermería en Salud Mental, en relación con el Síndrome de Burnout y la satisfacción laboral.

La dotación de enfermeras en los hospitales influye sobre la mortalidad de pacientes, la satisfacción en el trabajo, y la prevalencia de Burnout en profesionales. No hay estudios realizados sobre qué vía de especialización en Salud Mental asegura una mejor dotación. Por tanto el objetivo, es poder describir las diferencias entre las enfermeras en Salud Mental por vía EIR, por vía excepcional y no especialistas que hayan trabajado más de 5 años en servicios de Salud Mental, en cuanto a prevalencia de Burnout, desarrollo de actividades de enfermería de práctica avanzada y satisfacción laboral. Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. (Viljanen K. y cols. Relación entre formación de especialización en salud mental y modelos avanzados de práctica profesional, síndrome de Burnout y satisfacción laboral en los profesionales. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0626.pdf>)

Los descubrimientos en esta área pueden influir en las decisiones que se tomen en el futuro en cuanto al desarrollo y reconocimiento de la especialidad de Salud Mental, ya que un profesional bien preparado, satisfecho profesionalmente y sin afectación de Burnout será más beneficioso para la Salud Pública.

Esto podrá contribuir a que en el futuro cambien las circunstancias de los enfermeros especialistas.

1.2.3. El burnout y el afrontamiento

El afrontamiento es identificado como aquel comportamiento que implica esfuerzo en un individuo para resolver las situaciones problemáticas, en un intento personal de adaptación al entorno.

El interés por el afrontamiento⁴ ante el estrés y el interés por el afrontamiento ante la enfermedad, entendida ésta como estresor comenzaron a desarrollarse en la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por extensión, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad. Dicho concepto, aunque relacionado en alguna medida con los mecanismos de defensa psicoanalíticos, se ha intentado desligar de los mismos. La prueba del citado interés se puede encontrar en múltiples definiciones planteadas por diversos autores.

A pesar de las controversias existentes acerca de las definiciones del estrés y del burnout, los investigadores están de acuerdo en que el afrontamiento es un importante moderador en los procesos de estrés. El modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés" (Lazarus & Folkman, 1986).

Se utiliza el término afrontamiento para evitar la perífrasis⁵ que implicaría la traducción literal de la palabra inglesa coping, sustantivo verbal del verbo to cope, y que viene a referirse a las medidas que adopta una persona en su intento de hacer frente y superar los problemas de la vida.

El afrontamiento no estaría limitado por los resultados (esfuerzos exitosos), sino que incluiría los intentos propositivos para manejar las dificultades y contratiempos, independientemente de la eficacia de tales intentos. (Sociedad Española para el Estudio de Ansiedad y Estrés SEAS. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/faq/afrontan.htm>)

Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de

⁴ Afrontamiento denominado también con la palabra inglesa coping.

⁵ Perífrasis (retórica), un recurso retórico y literario o Perífrasis (sintaxis), un tipo de construcción verbal del tipo analítico.

tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. (Sociedad Española para el Estudio de Ansiedad y Estrés SEAS. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/seas/faq/afrontan.htm>)

a. Definición de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos 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 recursos de afrontamiento del estrés.

b. Teorías de afrontamiento

El trabajo teórico en afrontamiento y mecanismos de defensa comenzó con Freud (1923), y luego fue desarrollado por su hija Ana en 1936. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se subordinaba a la defensa (que se consideraba un proceso principalmente inconsciente), y los estresores eran principalmente de origen intrapsíquico (Casullo, 1998).

En los años 60 los investigadores giraron su atención del afrontamiento defensivo hacia el estrés, produciendo una extensa literatura al respecto. En la actualidad, según lo señala Casullo (1998) la investigación sobre el afrontamiento utiliza varios insights⁶ de la tradición de las defensas psicodinámicas, pero con algunos cambios importantes:

Casullo (1998) señala que el afrontamiento, tiene un carácter intencional y deliberado; parte del análisis de la situación y busca hacer frente a las demandas percibidas. En

⁶ *Insight* es un término utilizado en Psicología proveniente del inglés que se puede traducir al español como "visión interna" o más genéricamente "percepción" o "entendimiento".

relación con las estrategias de afrontamiento, su delimitación conceptual es poco precisa, ya que su definición y clasificación ha estado unida al desarrollo de instrumentos de medida de las mismas.

Entre las diferentes clasificaciones del afrontamiento se encuentra la de Compas, Mallaren y Fondacaro (1988), que lo divide en disfuncional y funcional.

c. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.

Buendía y Mira (1993) al tratar del estrés infantil comparan los mecanismos de defensa y las estrategias de afrontamiento y 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. (Alvarez, 2011 Definición del Afrontamiento del Estrés. Recuperado de <http://www.estres.edusanluis.com.ar/2011>)

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. (Alvarez, 2011 Definición del Afrontamiento del Estrés. Recuperado de <http://www.estres.edusanluis.com.ar/2011>)

Billing y Moos (1986) clasifican al afrontamiento según el tipo de estrategia utilizada de la siguiente manera:

- Estrategias activo comportamentales (aluden a los intentos comportamentales para resolver el problema planteado).
- Estrategias activo cognitivas (hacen referencia a los esfuerzos por manejar la percepción del nivel de estrés producido).
- Estrategias de evitación (son los intentos por evitar el problema, o reducir la tensión indirectamente a través de comportamientos como comer o fumar más).

Por otro lado como señaló, Lazarus y Folkman (1986) identificaron dos tipos particulares de estrategias:

- Estrategias enfocadas en el problema (Son las acciones concretas y directas que el sujeto realiza para cambiar la situación amenazadora).
- Estrategias enfocadas en la emoción (Son aquellas que tienden a controlar los sentimientos para aminorar el impacto sobre el sujeto).

Pearlin y Schooler (1978) agregaron a esta clasificación un tercer tipo de estrategia, que serían las enfocadas en la percepción, cuyo fin es alterar el significado de las dificultades situacionales para que se perciban como menos amenazadoras.

En algunos trabajos sobre esta temática se han relacionado los estilos de afrontamiento con variables como la edad, el origen étnico, el sexo o el tipo de problema que se presenta (Frydenberg y Lewis, 1991).

En relación al estrés, E. Frydemberg, en 1997, agrega el concepto de valoración terciaria a los dos tipos de evaluación cognitiva propuestos por Lázarus y Folkman (1986).

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

- a Como un estilo cognitivo consistente de aproximación a los problemas, entendiendo estilo cognitivo como el modo habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognitivos (como son la percepción, la memoria, el procesamiento) Se ha buscado la asociación de diversas variables de personalidad con estilos de afrontamiento.
- Como un estado o proceso dependiente de la situación. Se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante las distintas situaciones o problemas. Esta segunda forma de entender las estrategias de afrontamiento indicaría que hay poca consistencia en las estrategias ante distintas situaciones e, incluso, puede cambiarse de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos.

d. Investigaciones realizadas

Para la realización de la mayoría de investigaciones los instrumentos empleados son el MBI y el Cuestionario de Afrontamiento COPE. Estas investigaciones ponen de manifiesto la existencia de asociaciones significativas entre el empleo de estrategias de afrontamiento y una elevada realización personal.

Desde la formulación teórica más consolidada del Burnout, establecida por Maslach y Jackson en 1981, el número de investigaciones empíricas desarrolladas se han incrementado considerablemente, ampliando el conocimiento teórico del mismo; sin embargo a pesar de las investigaciones realizadas, el síndrome del Burnout sigue ocasionando el desgaste profesional especialmente en los médicos cuyas características más comunes incluye fatiga, desgaste emocional, incapacidad de concentración, ansiedad, insomnio, irritabilidad, incremento del consumo de drogas y alcohol, depresión, etc. (Gundersen, 2001).

Centrándose en el factor de estrategias de afrontamiento, fue a principio de los años 90 cuando comenzaron los primeros estudios realizados con el proceso de desgaste profesional. En este sentido autores como Chwalisz, Almaier, Russel (1992) encontraron asociaciones significativas entre estrategias orientadas al control emocional y las consecuencias negativas del burnout, de igual manera las estrategias de afrontamiento orientadas a la búsqueda de apoyo social, están negativamente asociadas con el burnout y positivamente con la satisfacción y productividad laboral.

Lazarus y Flokman (1986) afirman que los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la sala/enfermedad. Así los modos de afrontamiento pueden disminuir el trastorno emocional pero pueden impedir al individuo enfrentarse de una manera realista a un problema susceptible de solucionarse mediante una acción directa.

1.2.4 El burnout y la relación con el apoyo social

Heaney et.al (1993) conceptualizaron el apoyo social como un recurso que utilizan las personas para afrontar situaciones estresantes. Además distintos estudios han demostrado que el apoyo social concebido como amistad, acceso a la información, ayuda en situaciones difíciles; etc., permite a la persona reducir el estrés, disminuir los problemas de salud, reforzar las estrategias psicológicas de supervivencia y de afrontamiento de los individuos de esas situaciones estresoras (Matthiensen et al., 2003).

a. Definición de apoyo social

Muchas investigaciones definen al apoyo social como una variable moduladora relacionada con el mobbing⁷ y con el burnout (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach et al., 2001; Quine, 2001).

Aranda (2004) informa que el apoyo social hace referencia a las transacciones entre las personas (Barrón, 1996; Felton y Shinn, 1992; Rodríguez, 1995) que conforman la red de apoyo del individuo, las que brindan ayuda entre sí (House, 1981; Peeters, Schaufeli y Buunk, 1997; Rodríguez, 1995) y satisfacen sus necesidades básicas

⁷ Mobbing derivada de la palabra mob (del latín mobile vulgus), del verbo inglés to mob que significa “acosar, atropellar, atacar en masa a alguien”; mobbing (acosando).

(Thoits, 1982). Además se incorporan a dicho concepto ciertas conductas relacionadas, como demostrar afecto, interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, visitar amigos, ofrecer consejos, aceptar, manifestar empatía, casarse y demás.

Peeters y Cols (1997) señalan que el apoyo social debe ser diferenciado de conceptos como compañerismo y filiación e interacción social. La diferencia viene marcada por la intención del sujeto de buscar ayuda o no.

Por otro lado el apoyo social se ha demostrado como una variable que reduce los potenciales efectos negativos del estrés sobre las personas y es un aspecto tradicionalmente analizado en los estudios del área (Cohen y Wills, 1985). Recientemente este modelo ha sido revisado desde el enfoque de la Teoría de la identidad social y de la categorización del yo (Haslam, 2004).

Cabe añadir además que el apoyo social juega un papel importante en relación con la salud de una persona y constituye una fuente significativa que cabe utilizar en la prevención del burnout (Baruch-Feldman, Brondolo, Ben-Dayán y Schwartz, 2002; Cordes y Dougherty, 1993; Halbesleben, 2006; Hendrix, Cantrell y Steel, 1988; Leiter, 1991; Sundin, Hochwälder, Bildt y Lisspers, 2007).

b. Modelos Explicativos del Apoyo Social

Dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. Así, la primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto (Barrón, 1996). Si esto se aplica al campo psicogerontológico, supone que aumentos en el apoyo social incrementan igualmente la salud y el bienestar personal del mayor, sin que esa relación se vea mediada por las condiciones estresantes que pueda padecer. Según esto, la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente.

En este sentido, Thoits (1985), 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.

Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes (Barrón, 1996). A su vez, este aumento en la seguridad autopercebida tiene un reflejo en el estado anímico del sujeto, que, de esta manera, se ve incrementado. (Lazarus y Folkman, 1986).

La segunda de las teorías, denominada del Efecto Buffer o Amortiguador, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. Esta teoría señala dos efectos principales derivados de la disposición de apoyo social (Barrón, Lozano y Chacón, 1988).

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria. Sobre la primera, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales, como instrumentales o de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación. Promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés (Cutrona, 1986).

Heller y Swindle (1983) han desarrollado un modelo de apoyo social en el que, basándose en la hipótesis original del modelo de buffer, incorporan otros aspectos tales como: la historia previa de aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o

los estilos de afrontamiento que presenta el sujeto. Todos estos elementos, junto con la provisión o disponibilidad subjetiva de apoyo proveniente de la red social, van a influir en la valoración cognitiva de la situación de estrés, así como en las respuestas de afrontamiento.

Según estos autores, los resultados equívocos que han ofrecido los estudios que trataban de validar el efecto amortiguador se deben a la no consideración del sujeto como agente activo en el desarrollo y uso de su red social. En este sentido, el que una persona utilice o no de una manera efectiva el apoyo social durante un evento estresante, va a deberse tanto a la disponibilidad que tenga de ese apoyo como a las características y competencias personales para acceder y emplear ese apoyo, así como de los patrones de afrontamiento desarrollados previamente.

Esto modifica la visión estática en la relación entre apoyo social y estrés, que pasa a contemplarse de modo dinámico como una interacción a lo largo del tiempo entre el individuo y el ambiente que le rodea, en la que el apoyo recibido va a depender no sólo del apoyo disponible, sino también de la historia previa del sujeto y de su habilidad para acceder a él, mantenerlo y utilizarlo.

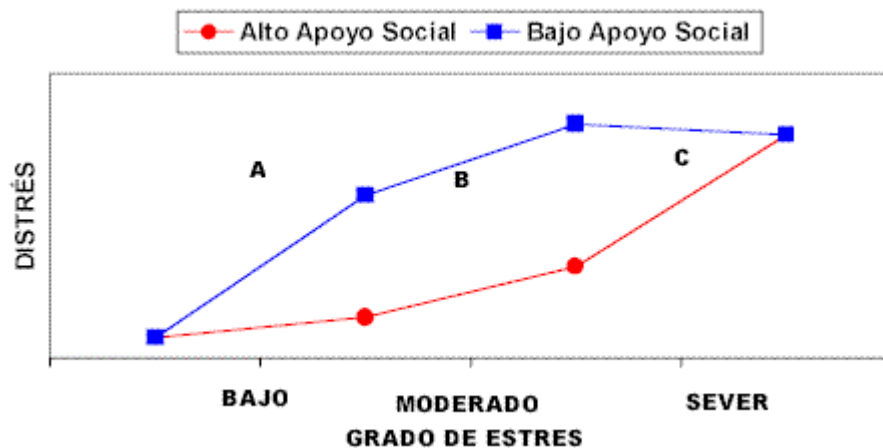


Figura 1. Un modelo curvilíneo especulativo de los efectos amortiguadores del apoyo social.

Fuente: Barrera (1988).

Barrera (1988) ha reformulado la conexión entre estrés, apoyo social y salud, proponiendo una relación curvilínea. Según la cual, el apoyo social no da lugar a un

decremento del distrés⁸ cuando la persona se ve expuesta a unos niveles intensos de estrés. Será en situaciones de estrés moderado (Ver figura 1) cuando se apreciarán diferencias en la aparición de síntomas entre aquellas personas que cuentan con un alto apoyo social y las que no.

Lin y Ensel (1989) proponen un paradigma integrador (Ver figura 2), en el que incorporan tanto el ambiente social como el puramente fisiológico, así como, por supuesto, el psicológico. Cada uno de estos ámbitos, según los autores, viene determinado por la presencia de estresores y de recursos que facilitan su afrontamiento. En este sentido, un claro estresor fisiológico para el sujeto será la presencia de una enfermedad, mientras que la práctica de ejercicio físico, una dieta adecuada o, en general, el mantenimiento de unos hábitos saludables constituye recursos útiles para hacer frente a estas adversidades. El padecimiento de síntomas depresivos supone un claro estresor psicológico, mientras que una alta autoestima se sitúa dentro de los recursos psicológicos. Por último, el apoyo social representa el recurso social más importante con el que superar las adversidades que acompañan a los acontecimientos vitales estresantes. Todos elementos en conjunto van a ejercer su influencia sobre el bienestar del sujeto.

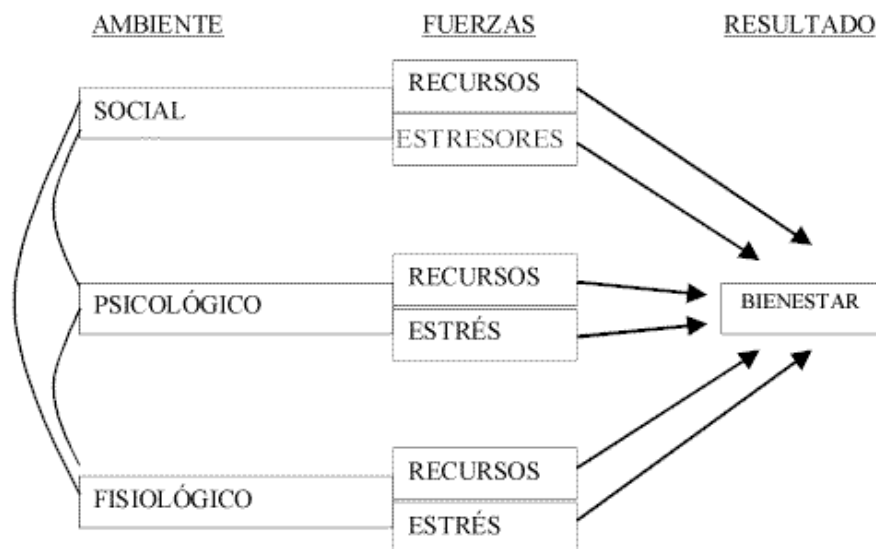


Figura 2. Paradigma del estrés vital.

Fuente: Lin y Ensel (1989).

⁸ Distrés se puede definir como el estrés desagradable que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación a la carga.

De esta forma, los autores tratan de superar los abordajes parciales que aparecen en otros estudios (Berkman, 1984; Dohrenwend, 1981; Kobasa, Maddi y Coddington, 1981; Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan, 1981 -citados por Lin y Ensel, 1989).

Frente a aquéllos, el presente modelo permite estudiar, no sólo los efectos de amortiguación del apoyo social en condiciones de estrés elevado, sino analizar dichos efectos en compañía de estresores o recursos procedentes de otros ámbitos. Lo que otorga un valor especial a este paradigma, al dar la posibilidad de abordar los efectos del apoyo social de manera aislada o en interacción con otros elementos relevantes para la explicación del bienestar personal. Los resultados del análisis de este modelo (Lin y Ensel, 1989) confirman la teoría del efecto buffer:

“Los efectos de buffering (interacción) son más fuertes que los directos...lo que refleja el papel amortiguador de los recursos sociales existentes con relación a estresores tanto sociales como psicológicos. Esto es, la carencia de recursos sociales, hace que la presencia de estresores sociales o psicológicos ejerza un mayor impacto sobre la salud. En contraste, los recursos psicológicos sólo amortiguan los estresores psicológicos” (pp. 393-394).

Del mismo modo, desde diferentes teorías psicosociales se ha abordado la explicación de los efectos positivos que el apoyo social tiene en general. Este es el caso de la Teoría del Intercambio. La teoría original de Homans (1961), procedente de la investigación en el campo de la sociometría y las relaciones grupales, también incluye un principio de equidad o justicia, según el cual las ganancias o refuerzos obtenidos por cada participante en una relación deben ser proporcionales a los costes o esfuerzos que invierte en la misma. Una ampliación teórica posterior (Foa, 1971) sugiere que los refuerzos intercambiados son amor, estatus, información, dinero, bienes y servicios, entre otros.

c. Apoyo Social Percibido

Según el nivel de referencia en que se puede abordar el tema del apoyo social, se encuentran tres niveles de análisis (Gottlieb, 1981; Lin, Dean, & Ensel, 1986):

- Nivel comunitario o macro, entendido como el sentimiento de pertenencia e integración.

- Nivel medio, que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales.
- Nivel micro o de relaciones íntimas, y que da lugar a la vez a un sentimiento de seguridad, compromiso y responsabilidad.

Además se distinguen dos tipos de abordaje en función de la perspectiva que se estudie (Riquelme, 1997):

- Perspectiva estructural que hace referencia tanto a las características cuantitativas u objetivas del apoyo social como: tamaño, densidad, etc.
- Perspectiva funcional en donde se analizan los efectos o consecuencias que le reportan al sujeto la conservación de las redes sociales.

Dentro de la perspectiva funcional los tipos de apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones son las siguientes: emocional, tangible o instrumental e informacional (Barrón, 1996; Shaefer, Coyne & Lazarus, 1981).

Caplan (1974) distingue entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido. El primero hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que una persona puede recurrir en caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda que cree contar.

d. Apoyo Social Estructural

Dentro de éste es necesario diferenciar entre los aspectos propios de los vínculos o contactos establecidos entre los componentes de la red y las características estructurales de la misma.

Algunos investigadores han señalado que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes estructuras de relaciones sociales y tres tipos de procesos sociales. Los elementos estructurales son: el grado de integración /aislamiento (existencia y cantidad de relaciones sociales) y la estructura de la red social (propiedades estructurales).

Los tres tipos de procesos sociales son: el control social, las demandas y conflictos y el apoyo social en sí mismo.

e. Investigaciones realizadas

Lo que es claro hasta ahora es que no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y que éste se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos. Sin embargo, la investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos.

La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental, dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones.

1.2.5 El burnout y la relación con la personalidad

Al investigar los factores que hacen que las personas sean más vulnerables que otras a los estresores y que otras se sientan estimuladas por los mismos, Salvatore R. Maddi y Suzanne C. Kobasa (1982), afirman que la capacidad de manejar el estrés depende del tipo de personalidad y del estilo personal; entre otros términos.

Otros autores, (Peiró y Salvador, 1993), también señalan que existen determinadas variables de personalidad que influyen como determinantes del estrés y sobre sus efectos y consecuencias. En tal sentido, se han estudiado los tipos de personalidad, patrones de conducta y personalidad, locus de control, entre otros.

a. Definición de personalidad

Etimológicamente, personalidad parece muy próxima al latín personalitas, que, a su vez, se considera como derivación del uso en latín clásico del término persona. En sus orígenes, persona se utilizaba para designar las máscaras o caretas que los actores romanos empleaban en sus representaciones.

Existen muchas definiciones de personalidad, las cuales dependen del modelo teórico del cual surgen. Pervin (1998), contempla, que la definición debe ajustarse a los criterios científicos antes que a los filosóficos, o anecdóticos. A pesar, de los intentos que la psicología de la personalidad ha hecho al tratar de contextualizar el concepto de personalidad dentro de la investigación científica (Eysenck, 1971), aún es vigente la

afirmación de Gordon Allport, la personalidad es “la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio”.

Sigmund Freud definió personalidad como el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones.

Por otro lado, Eysenk definió personalidad como una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.

Jean Filloux definió personalidad como una configuración única que toma, en el transcurso de la historia de un individuo, como el conjunto de los sistemas responsables de su conducta.

Como puede observarse no existe una definición de “personalidad” que sea comúnmente aceptada por quienes, dentro de la psicología científica, se han dedicado y vienen ocupándose de su estudio. Es imposible definirla sin antes llegar a un acuerdo al respecto del marco de referencia teórico dentro del cual será considerada por lo que también se refiere a la misma como el constructo personalidad.

b. Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud)

El estudio de la personalidad surgió desde dos tradiciones diferentes, una de ellas la que considera la personalidad como un fenómeno natural y por tanto susceptible de poder ser estudiada por la ciencia natural, la otra tradición en la Edad Media se consideraba la personalidad de origen sobrenatural, en ambos casos lo primero que hay que hacer para estudiar la personalidad es clasificar las diferentes facetas que este constructo engloba.

Los primeros estudios estaban basados en tipologías, los tipos son categorías de personalidad independiente, es decir, en función de los rasgos de un individuo se pertenece a un tipo u otro de personalidad por ejemplo los términos: extrovertido o introvertido.

También se habla del concepto de rasgo, por Quetelec que observó que todas las características físicas se distribuyen como una campana de Gauss (curva normal), pero Galton aplicó lo que había dicho Quetelec para las características físicas pero a las características conductuales.

La descripción de la forma de ser de las personas es un ejercicio que en la sociedad occidental hunde sus raíces en los primeros filósofos interesados en la naturaleza humana, así encontramos en la Biblia y en los textos clásicos griegos diferentes tipologías para clasificar la variedad casi infinita que en la realidad podemos observar respecto a la conducta de las personas. En la Biblia en Esaú y Jacob eran descritos respectivamente como un hombre agresivo, bravo y Jacob un hombre tranquilo, paciente. La astrología y la literatura también crean una clasificación de tipos.

Schopenhauer filósofo alemán describe que la personalidad depende de la relación entre dos rasgos que dependen del temperamento uno es la energía vital y el otro la capacidad o sensibilidad de sentir dolor, si la sensibilidad predomina será una persona inteligente, melancólica y si predomina la energía los considera fuertes de espíritu o persona torpe que tiende al aburrimiento si no está activo y realiza continuamente actividades vinculadas con el movimiento.

Nietzsche también hizo una clasificación el dionisiaco o apolíneo. Jung mantiene que la personalidad se puede establecer mediante la pertenencia a unos determinados tipos psicológicos, estos tipos los analiza considerando que el tipo de personalidad está constituido por dos elementos una actitud con dos polos extroversión e introversión y una función psicológica predominante, pensar, sentir, intuir y emocionarse. Esta clasificación de Jung está planteada desde un trabajo racional (desde la teoría al experimento para demostrarla) en contraste con los métodos empíricos (parte de la observación o el experimento hacía la teoría).

Actualmente entre los psicólogos de la personalidad se acepta que un rasgo representa una unidad básica de la personalidad que hace referencia a regularidades y consistencias de comportamiento genéricos (engloba varias conductas). La estructura de la personalidad como un conjunto de dimensiones estables e internas al individuo.

Estas disposiciones se centran en el estudio de los rasgos que son características psicológicas disposicionales que son internas o propias del sujeto, amplias que no se refieren a conductas específicas, consistentes en gran cantidad de situaciones se produce y estables en el tiempo que no cambian de un día para otro.

Como puede observarse, el interés por la psicología de la personalidad es muy antiguo a lo largo de la historia se encuentran diferentes planteamientos que tratan de dar una explicación adecuada al tema de la personalidad. Muchas de las aproximaciones tuvieron durante gran tiempo un gran peso explicativo y algunas incluso continúan de alguna manera presentes en las explicaciones que actualmente se ofrecen de la personalidad.

Sin embargo se tomarán como referencia para este estudio dos tipos de personalidad: personalidad positiva y de salud.

- **Personalidad positiva**

Más que personalidad positiva se habla de la actitud positiva que deben tener las personas ante cualquier circunstancia de la vida.

- **Personalidad de salud**

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, el término salud no debe definirse tan sólo como ausencia de enfermedad, sino como “un completo estado de bienestar físico, social y mental”. Por lo que es lógico pensar que al estar la personalidad vinculada a la manera de percibir y de actuar (cogniciones y conductas), también juega un papel importante en la determinación del estado de salud. Esta relación puede darse en los tres niveles que hace referencia la definición anterior: a nivel psicológico, de salud corporal o físico, y de funcionamiento social.

El predominio del paradigma biomédico, centrado en el individuo y en la enfermedad, tuvo una gran repercusión en los estudios relativos al papel de la personalidad en la salud y en la morbilidad, y su influencia se observa en los modelos tipológicos conceptualizadores sólo como predisponentes de enfermedad y no de salud. No es hasta casi las dos últimas décadas del recién acabado siglo que comienzan a delinearse modelos de personalidad con rasgos psicológicos que pueden considerarse promotores de estilos de vida saludables, dada la progresiva evolución del

esquematismo biologicista de las ciencias médicas y la implantación del modelo biopsicosocial.

Actualmente y de manera general puede considerarse que las tipologías de la personalidad en relación con el Proceso Salud-Enfermedad se orientan en varias tipologías.

También han surgido otros modelos que intentarían explicar la relación entre la personalidad y la enfermedad, los llamados modelos complementarios, entre los cuales se tienen: personalidad represora, personalidad inhibida (descrita por Penembaker, 1988), etc.

Entre otros modelos de personalidad predispuesta a la salud se describe a la Personalidad autocurativa, que caracteriza a individuos que se distinguen por su energía, capacidad de respuesta, equilibrio emocional, seguridad y constructividad, viveza y alegría: la personalidad "fuerte". La fortaleza implica un sentido de responsabilidad consigo mismo, la capacidad del individuo para enfrentarse con éxito a la realidad y controlar las demandas y estresores ambientales e interpersonales.

c. Patrones de conducta y personalidad

Se pueden distinguir diferentes perfiles psicológicos, también denominados patrones de conducta. Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica.

Un patrón de conducta se establece mediante la repetición de un cierto tipo de comportamiento como forma de resolver situaciones similares. Por ejemplo, hay personas cuyos patrones de conducta se han estructurado utilizando exageradamente los mecanismos psicológicos de huida o evitación. Si saben que tienen que enfrentarse a una situación en la que no se saben desenvolver adecuadamente, o que les va a generar ansiedad (una situación social, ambiental, etc.), reaccionan evitándola, aun a sabiendas de que, a medio o largo plazo, les ocasionará un perjuicio personal.

"Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de actividad de la persona, patrones que

derivan de la compleja y secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia, y que una vez establecidos en los primeros estadios de vida, tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de círculos viciosos, e imponen un modo de vida tan arraigado y automático que la persona no advierte ni su presencia, ni sus consecuencias." (T.Millon; 1976)

La personalidad está compuesta por pautas aprendidas de afrontamiento, siendo formas estables de manejarse en el medio, y complejas ya que conllevan conductas instrumentales a través de las que las personas logran refuerzos y evitan castigos.(T.Millon;1796)

De acuerdo con esta teoría, los individuos con una personalidad "normal" son flexibles en la adaptación como respuesta al ambiente, mientras que las personas con trastornos de la personalidad manifiestan conductas rígidas y desadaptadas, perpetúan las dificultades y sus respuestas al estrés son poco estables.

La primera teoría se basó en el modelo de aprendizaje y en la noción de refuerzo, mediante tres preguntas: ¿Qué refuerzos busca la persona? ¿Dónde procura encontrarlos?, y ¿Cómo actúa para conseguirlos?. Cuatro patrones se derivan de la naturaleza y fuente de refuerzos, retraído (no busca refuerzos), dependiente (busca refuerzos en los demás), independiente (busca en sí mismo), y ambivalente (inseguro). Estos cuatro patrones se cruzan con las dos variantes de conducta instrumental, activa / pasiva, para producir ocho modelos de personalidad. (T.Millon; 1796)

Otros autores establecen cuatro patrones de conducta y personalidad de acuerdo a la siguiente Tipología: Tipo A, B, C y un cuarto patrón denominado distrés.

Una de las definiciones más se acercan al concepto del Tipo A es la de Jenkins (1975), creador del test JAS⁹: "El patrón de Conducta Tipo A, es considerado un síndrome de conducta manifiesta o estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación de logro, agresividad (algunas veces contenida con esfuerzo), apresuramiento, impaciencia, inquietud, híper alerta, explosividad en el habla, tensión en los músculos faciales, y sensación de estar bajo presión del tiempo y en desafío con la responsabilidad".

⁹ Test Jas (Inventario de Actividades de Jenkins) se utiliza para evaluar la personalidad.

Por otro lado, el patrón de conducta tipo B, hace referencia a aquellos sujetos tranquilos, relajados, confiados, de expresión abierta de las emociones positivas y negativas.

Por su parte, Temoshok y Dreher (1992) propusieron la existencia de un patrón de conducta tipo C, presente en los sujetos afectados por cáncer, y que presentan las siguientes características: estilo verbal pasivo, actitudes de resignación y de sumisión y bloqueo o contención expresiva de las emociones, cooperativos, con deseos de agradar y contención exterior de emociones negativas.

Se vio cómo los sujetos que presentaban este patrón de conducta eran diametralmente opuestos a los sujetos con patrón de conducta tipo A y presentaban peor evolución en la enfermedad, ya que estos sujetos, aunque aparentemente no manifiesten estrés, no quiere decir que no lo sufran, muy al contrario, sus conductas no dan salida a toda la energía que liberan, engañando al sistema inmune y pudiendo agravar determinadas patologías.

Por lo que se establece que entre los patrones de conducta tipo A y tipo C se sitúa un patrón de conducta más ajustada, el tipo B, de manera que se puede afirmar que son más susceptibles al estrés laboral los trabajadores que tienen un patrón de conducta tipo A, es decir, aquellos que son activos, enérgicos, competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes, y los de patrón de conducta tipo C, es decir, aquellos que no exteriorizan sus emociones, que procuran complacer a los demás, a pesar de sacrificar sus propios objetivos y que evitan la confrontación.

Se cree que la personalidad Tipo D resulta un factor de riesgo independiente para las enfermedades cardiovasculares y que podría actuar por dos vías: la inhibición de la expresión emocional que ayudaría al desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad; y la mayor propensión a la depresión y al aislamiento social que aumentaría la mortalidad en pacientes con trastornos cardiovasculares. También tienen un mayor riesgo de sufrir estrés psicosocial negativo, de tener una calidad de vida más deteriorada y de beneficiarse menos con los tratamientos médicos (Pedersen y Denollet, 2003; Denollet, 2000).

El estrés negativo (distress), propio de la personalidad tipo D, puede provocar la enfermedad cardiovascular en forma directa o en forma indirecta. En forma directa, el

estrés al que está expuesto el sujeto influiría en los mecanismos fisiológicos que determinan la enfermedad cardiovascular. El estrés negativo también podría relacionarse con la enfermedad en forma indirecta por su influencia en comportamientos relacionados con la salud, como una pobre adherencia al tratamiento, fallas al momento de cambiar los factores de riesgo, o por su influencia negativa en la comunicación con los médicos. Todo esto incidiría en la gravedad de la enfermedad cardiovascular y en un incremento en el riesgo de mortalidad de estos pacientes (Denollet y otros, 1996).

d. Locus de control

También influye en el estrés laboral el locus de control del trabajador. El locus de control es un constructo relacionado con la capacidad que tiene un sujeto para controlar el medio que le rodea. Y hace referencia a las creencias que tiene una persona sobre si es su conducta o un factor fuera de control, lo que determina qué le ocurre a la gente.

Cuando el individuo cree que es capaz de llevar a cabo una conducta que le conducirá a conseguir su objetivo, se dice que su locus de control es interno. Por el contrario, cuando la causa de su conducta le sitúa en factores del exterior como el azar, la suerte o el destino, su locus de control tiende a ser externo (Rotter, 1966). Los trabajadores con locus de control externo son más proclives al estrés laboral.

Es decir que, locus de control se refiere a que una persona atribuye los sucesos o resultados de sus acciones y su vida ya sean a factores internos (habilidad, esfuerzo, etc.) o externos de él (suerte, destino, entre otras) (Lefcourt, 1991)

e. Investigaciones realizadas

Si bien son muchos los factores que inciden en la aparición del síndrome de burnout, numerosos estudios señalan la interrelación entre el burnout y algunas características de la personalidad de los sujetos que lo padecen o están en riesgo de padecerlo. Entre las características que se destacan, se encuentran la sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los demás, dedicación excesiva al trabajo, idealismo, personalidad ansiosa y elevada autoexigencia.

En consecuencia, se puede presumir que los diferentes estilos de personalidad pueden llegar a considerarse entre los factores protectores o condicionantes en la aparición del mismo.

Es bien conocido que a mediados de la década de los años setenta, se introdujo en la literatura el término burnout o síndrome de quemarse en el trabajo (Freudenberger, 1974), el cual designa a una serie de signos y síntomas que manifiesta el sujeto como respuesta al estrés laboral crónico (Maslach y Jackson, 1981) y también que al investigar los factores que hacen que algunas personas se sientan agotadas y consumidas por los estresores y que otras personas se sientan estimuladas y excitadas por ellos, Salvatore R. Maddi y Suzanne C. Kobasa (1982), afirman que la capacidad de manejar el estrés depende del estilo personal y la personalidad; en otras palabras, de qué manera el sujeto tiende a percibir e interpretar los acontecimientos productores de estrés y cómo responde ante ellos.

Otros autores, (Peiró y Salvador, 1993), también señalan que además de las variables ambientales, existen determinadas variables de personalidad que influyen como determinantes, moduladores o mediadores sobre la experiencia de estrés y sobre sus efectos y consecuencias.

4. METODOLOGÍA

La investigación se la realiza en el Hospital Miguel H. Alcívar que se encuentra ubicado en la ciudad de Bahía de Caráquez, provincia de Manabí.

La metodología utilizada para la recolección de datos se presenta primeramente con la petición verbal y escrita de la autorización para la investigación al Doctor Felipe Quijano, Director del Hospital, y mediante la exposición y explicación de los objetivos de la investigación, la petición es aceptada, dado esto, con un visto bueno a la solicitud presentada el contacto siguiente es con jefe del Departamento de Talento Humano quien realiza un acercamiento con médicos y enfermeras del Hospital quienes aceptan participar en la investigación.

Se procede a aplicar los cuestionarios a los 13 médicos y 15 enfermeras para conocer mediante los resultados de los mismos si existe la presencia del Burnout, estos resultados surgen mediante le aplicación de las sub escalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad.

4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se realiza “Identificación del Burnout en profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Miguel H. Alcivar” tiene como propósito recopilar 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.

Este proyecto se justifica con el propósito de identificar la población riesgo que existe en el Hospital de presentar el Burnout, o en su defecto si ya existen niveles de Burnout en los mismos, ya que enfrentarse diariamente a situaciones de vida y muerte resulta agotador tanto física como emocionalmente, desarrollando de esta manera problemas de salud, psicológicos y conductuales.

Esta investigación presenta las siguientes características:

Es cuantitativa: debido a que el análisis de la información que se recoge de los cuestionarios aplicados se lo realiza numéricamente.

Es No Experimental: la investigación se la realiza sin manipulación deliberada de variables, se observa y se aplica los cuestionarios a los médicos y enfermeras en su ambiente de trabajo para después pasar a analizarlos.

Es Transversal: la investigación se la realiza en un momento dado, en un punto del tiempo.

Es Exploratoria: esta investigación es exploratoria debido a que se explora de una forma inicial, es decir en un punto del tiempo.

Es Descriptiva: porque en cada uno de los cuestionarios aplicados se describe exactamente una serie de ítems mediante los cuales se mide o recolecta información para así describir lo que se investiga. (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

4.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de esta investigación son los siguientes:

General:

- Identificar el nivel de Burnout en los profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno en el Hospital Miguel H. Alcívar.

Específicos:

- Determinar el estado de salud mental de los profesionales de la salud del Hospital Miguel H. Alcívar.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los métodos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales del Hospital Miguel H. Alcívar.

4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

4.2.1. ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome del Burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias?

4.2.2. ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el Burnout?

4.2.3. ¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan Burnout?

4.2.4. ¿El estado de apoyo social que perciben las personas que experimentan Burnout puede actuar como un mecanismo protector?

4.2.5. ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan Burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?

4.2.6. ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan Burnout?

4.4 POBLACIÓN

La población objeto de este estudio serán el personal del Hospital Miguel H. Alcívar, es decir, médicos y enfermeras que se encuentran en servicio activo independientemente de los años de servicio, edad, género, ubicación geográfica (urbano- rural).

Mediante la explicación de los objetivos, propósitos, tiempos de aplicación y beneficios que los profesionales van a adquirir con el conocimiento del informe psicológico que será entregado, 13 médicos, 9 de sexo masculino y 4 de sexo femenino y 15 enfermeras, 1 de sexo masculino y 14 de sexo femenino, aceptan participar en esta investigación. El contacto con los 2 médicos restantes para completar el número requerido para el proyecto se lo realiza fuera de la Institución antes citada, un médico trabaja en un Centro Médico en Quito, provincia de Pichincha y el otro médico trabaja en el Seguro Campesino de La Ciudad de San Vicente, provincia de Manabí.

El 87% de médicos vive en zona Urbana y el 13% en zona Rural. El 100% de enfermeros vive en zona urbana.

La edad promedio de los médicos y enfermeras que participan en la investigación es de 44 años.

4.5 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos fueron seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación los cuales se detallan a continuación y fueron aplicados en el siguiente orden:

4.5.1 Cuestionarios:

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

a) Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.- Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad de recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del Síndrome de Burnout de los profesionales encuestados.

Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que fueron de utilidad en esta investigación.

b) Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia del Burnout en el individuo. Se entiende como Burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala MBI plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

c) Cuestionario de Salud mental (GHQ).- 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 disturbio psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra "sano" o con "disturbios psiquiátricos". Se centra en las alteraciones de la función normal más que

en rasgos presentes a lo largo de la vida, y se evalúa mediante cuatro subescalas que son: Síntomas Somáticos, Ansiedad e Insomnio, Disfunción Social y Depresión Grave.

d) 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 válida en la población Española, la misma que se utilizó en esta investigación. 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.

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

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

f) 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 como 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 la personalidad mediante cuatro factores: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y Sinceridad.

Para el desarrollo de estos cuestionarios, se debió acudir a instituciones de salud como el Hospital Miguel H. Alcívar de la parroquia Leonidas Plaza, cantón Bahía de Caráquez, provincia de Manabí, en busca de los directivos que autoricen la colaboración del personal de médicos para que llenen los cuestionarios. Estos instrumentos están destinados para la recolección de la información de su investigación, la forma de respuesta es sencilla, a continuación se dan las indicaciones para el uso y la manera correcta de llenarlo.

4.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos tuvo inicio el día Lunes 4 de Junio del presente año, para este proceso el Director del Hospital Miguel H. Alcívar no designó grupos de médicos ni enfermeras, simplemente procedió a firmar la autorización para luego facilitar el contacto con el señor Jefe de Talento Humano, quien a su vez sugirió contactar en forma individual a cada uno de los profesionales de la salud, debido a esto la explicación e información del proyecto tanto a médicos como enfermeras/os restó valioso tiempo a la hora de realizar la entrevista y la aplicación de cuestionarios.

Es así como se empieza a realizar la recolección de datos, se contactó a los profesionales en cada una de sus áreas respectivas de trabajo, de la mayoría de profesionales que fueron contactados unos accedieron cordialmente a participar en el proyecto, fueron pocos quienes manifestaron su negativa ante la petición de participación.

La principal complicación que se presentó para obtener la recolección de datos fue el ambiente tenso que existía en el Hospital, esa misma semana, exactamente el viernes 8 de Junio llegaría la señora Ministra de Salud a verificar hechos sucedidos recientemente en el Hospital, y, en inicio tanto médicos como enfermeras/os atribuyeron mi presencia en el Hospital como parte o representante del Ministerio de Salud o también del Ministerio de lo Laboral. Además hubo momentos en que los profesionales de la Salud cuestionaron mi presencia aduciendo que la información que se solicitaba mediante los cuestionarios era confidencial y por lo tanto no estaban dispuestos a facilitarla.

Esta complicación dada al inicio de la recolección de datos fue disminuyendo paulatinamente a medida que los profesionales de la salud se familiarizaban con mi presencia dentro del Hospital.

A partir de esto se puede decir que los médicos y enfermeras/os que accedieron a participar en el proyecto de investigación, lo hicieron con mucho respeto, cooperación y cordialidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

De la Investigación realizada en el Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez, Provincia de Manabí, y mediante la aplicación de los Cuestionarios: Socio demográfico, de Burnout, de Salud General, de Afrontamiento, de Apoyo Social y de Personalidad, se obtuvieron los siguientes resultados:

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

TABLA No 1

CUADRO RESUMEN

Médicos sin Burnout				
Género	Masculino	%	Femenino	%
	11	73	4	27
Zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	13	87	2	13
Con quién vive	Solo	%	Más personas	%
	1	7	14	93
Tipo de trabajo	T. completo	%	T. parcial	%
	8	53	7	47
Pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%
	12	80	3	20
Pacientes fallecidos	Si	%	No	%
	9	60	6	40
Permisos	Si	%	No	%
	9	60	6	40

Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

TABLA No 2
CUADRO RESUMEN

Enfermeros sin Burnout				
Género	Masculino	%	Femenino	%
	1	7	14	93
Zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	15	100	0	0
Con quién vive	Solo	%	Más personas	%
	0	0	14	100
Tipo de trabajo	T. completo	%	T. parcial	%
	9	64	5	36
Pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%
	11	79	3	21
Pacientes fallecidos	Si	%	No	%
	8	53	7	47
Permisos	Si	%	No	%
	6	40	9	60

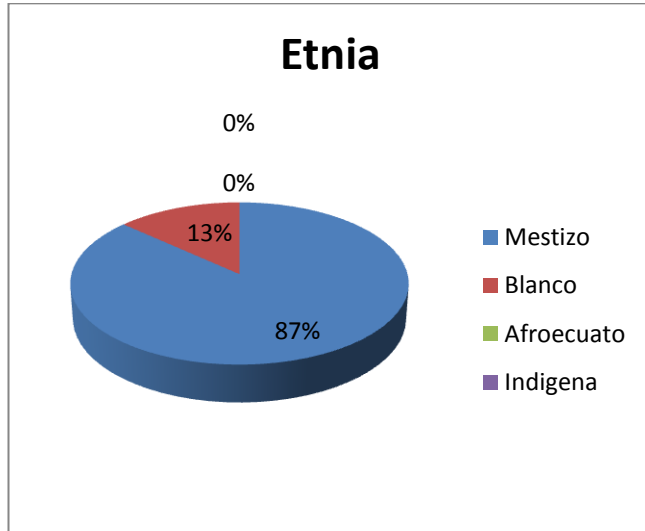
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En estos cuadros resumen podemos apreciar que en los médicos hay un mayor porcentaje que pertenece al género masculino, el 73%, mientras que un 27% son de género femenino; el 87% habita en zona urbana y el 13% en zona rural; el 93% vive con otras personas y el 7% solo; el 53% trabaja a tiempo completo y el 47% tiempo parcial; el 80% de los médicos atiende a pacientes con riesgo de muerte y el 20% no atiende a pacientes con riesgo de muerte; el 60% ha tenido pacientes fallecidos en los últimos días y el 40% no los ha tenido; el 60% ha solicitado permiso en el último año, el 40% no lo ha solicitado.

En el cuadro de las enfermeras y enfermeros se puede apreciar que el 7% son de género masculino y el 93% son de género femenino; el 100% habita en zona urbana; el 100% vive con otras personas; el 64% trabaja tiempo completo y el 36% tiempo parcial; el 79% de enfermeras atiende a pacientes con riesgo de muerte y el 21% no lo hace; el 53% señaló que tuvieron pacientes fallecidos, mientras que un 47% no los tuvo; el 40% ha solicitado permiso en el último año, mientras que un 60% no lo pidió.

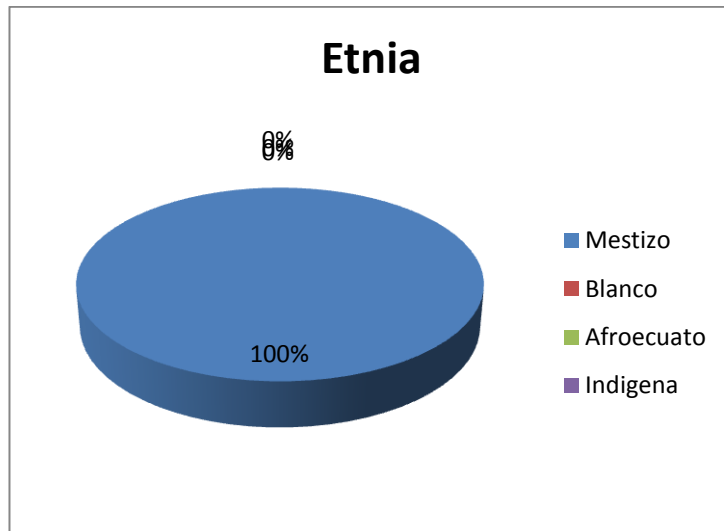
ETNIA

Gráfico No 1
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No2
Enfermeros sin Burnout

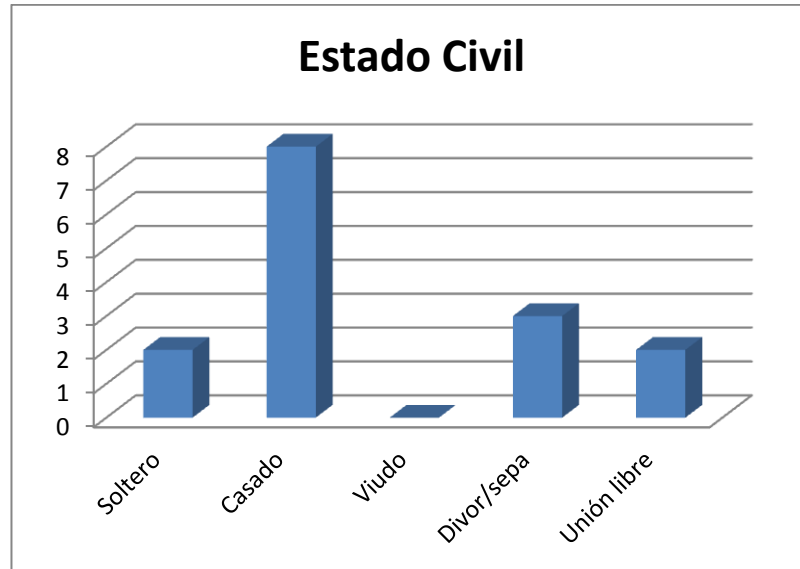


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

El grupo de médicos presenta una mayoría de población mestiza con un 87%, y un porcentaje menor de 13% afirma pertenecer a la etnia Blanco. El grupo de enfermeros afirma pertenecer el 100% a la Etnia Mestiza

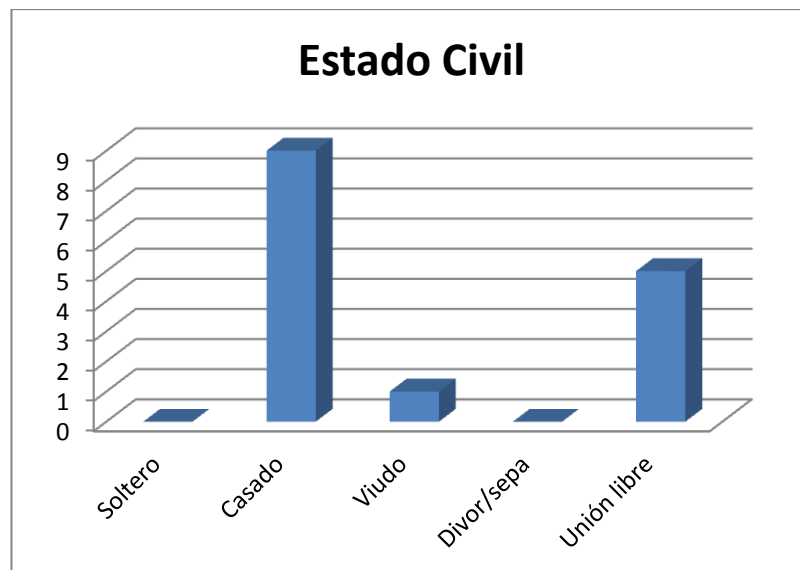
ESTADO CIVIL

Gráfico No 3
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No4
Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

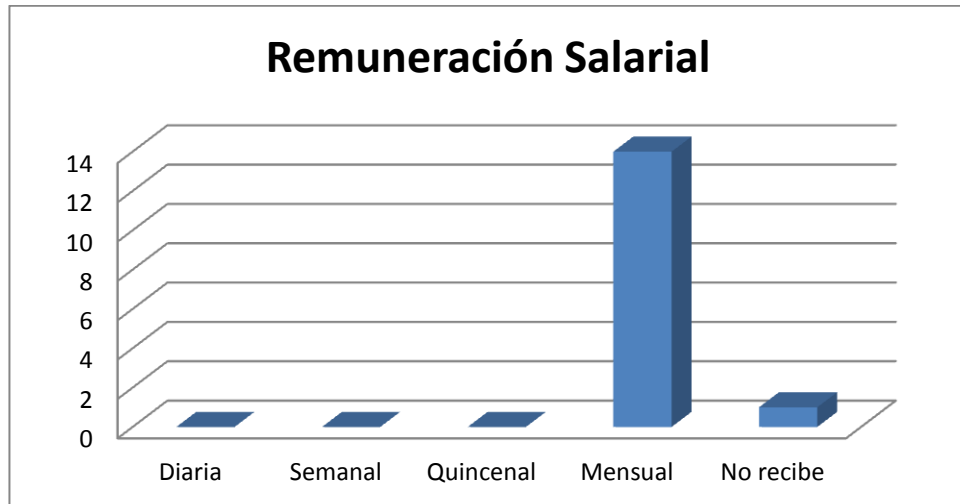
En estos cuadros se puede observar que el 13% de médicos manifestaron ser solteros, el 54% casados, el 20% divorciados y el 13% mantienen Unión Libre.

En lo referente a enfermeras, manifiestan el 60% estar casadas, el 7% viudas, y 33% mantienen Unión Libre.

REMUNERACIÓN SALARIAL

Gráfico No 4

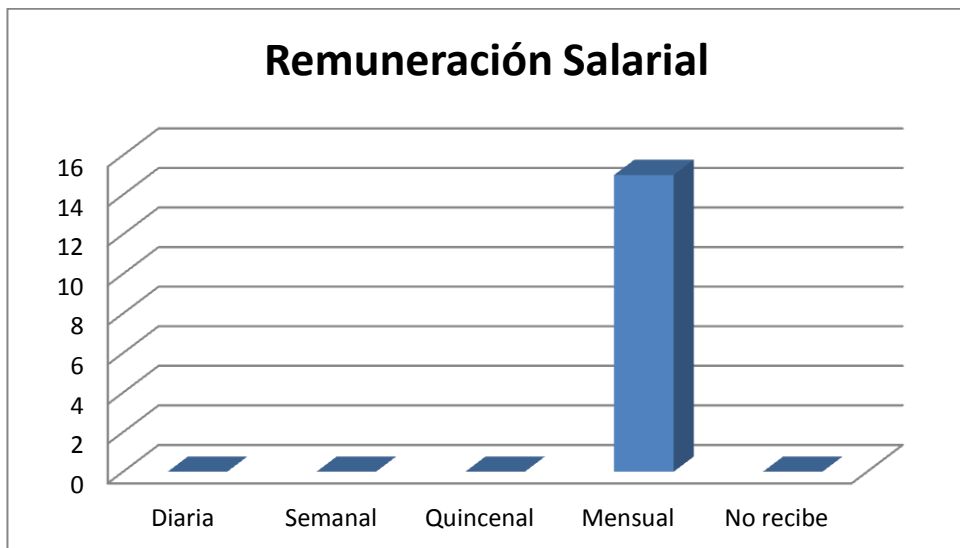
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 5

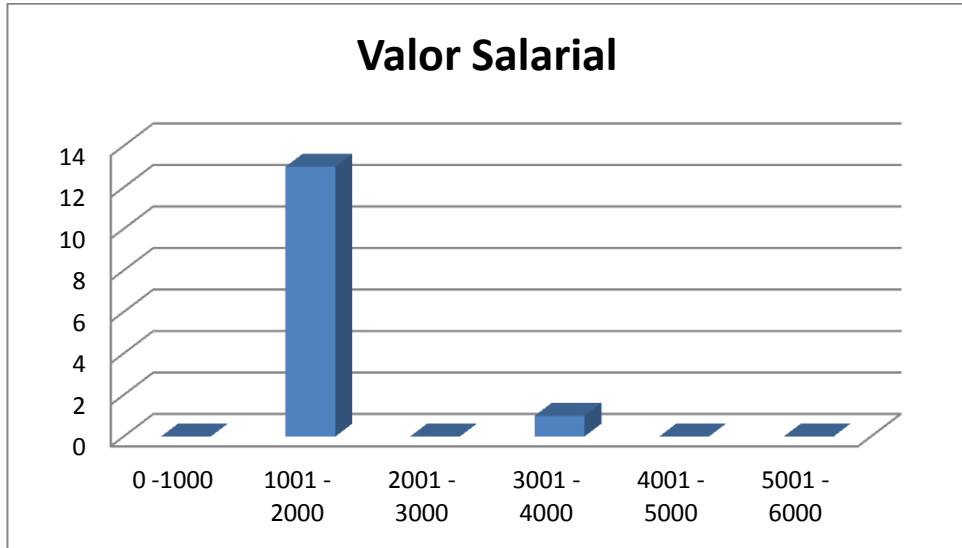
Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

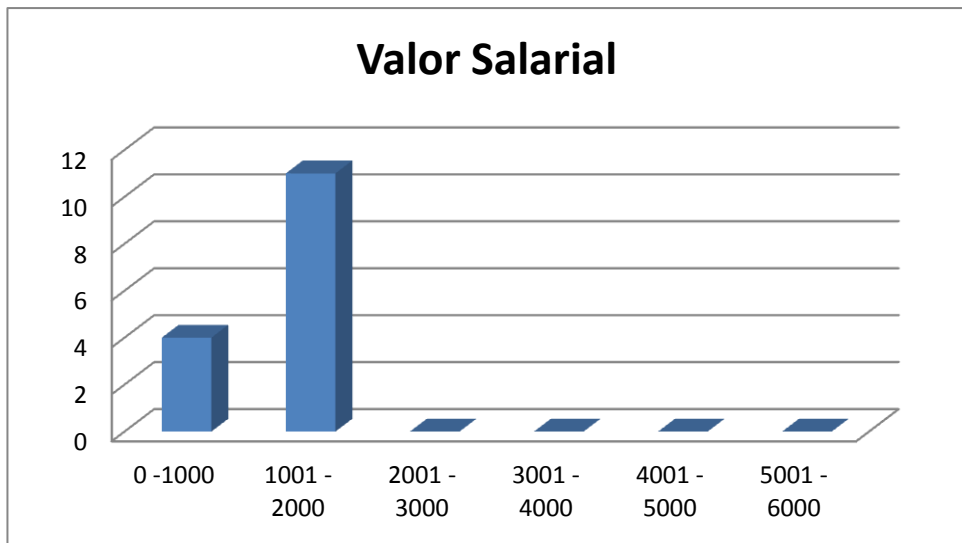
En esta variable, el 93% de médicos recibe remuneración salarial mensual, mientras que el 7% no recibe remuneración. Los enfermeros reciben el 100% de remuneración salarial mensual.

VALOR SALARIAL
Gráfico No 6
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 7
Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

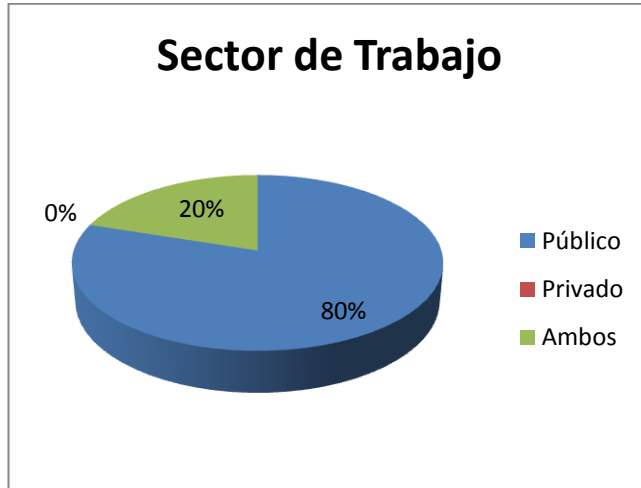
El valor salarial recibido por los médicos es de 1000 a 2000 en un 93%, mientras que el 7% recibe entre 3000 y 4000 dólares.

El 27% de enfermeros recibe entre 0 a 1000 dólares y el 73% recibe de 1000 a 2000 dólares.

SECTOR DE TRABAJO

Gráfico No 8

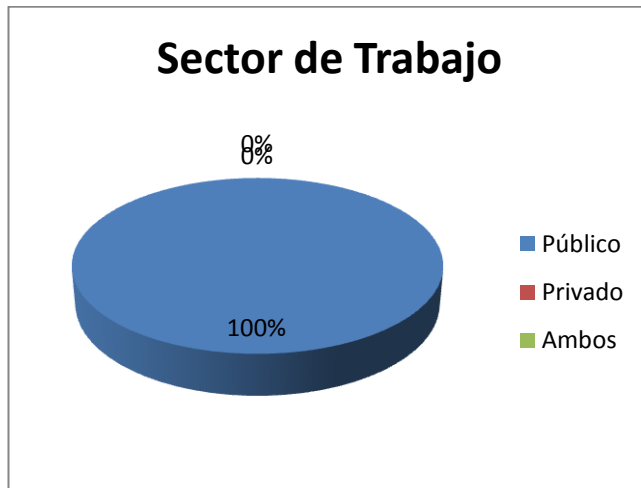
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 9

Enfermeros sin Burnout



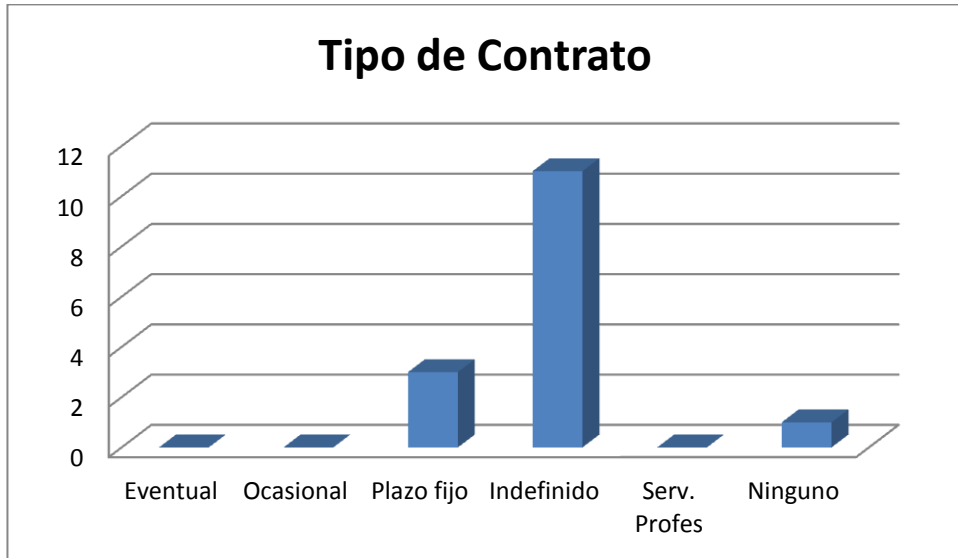
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En esta variable se puede ver que el 20% de médicos trabaja en los sectores público y privado y el 80% sólo en el sector público.

Mientras que los enfermeros trabajan el 100% en el sector público.

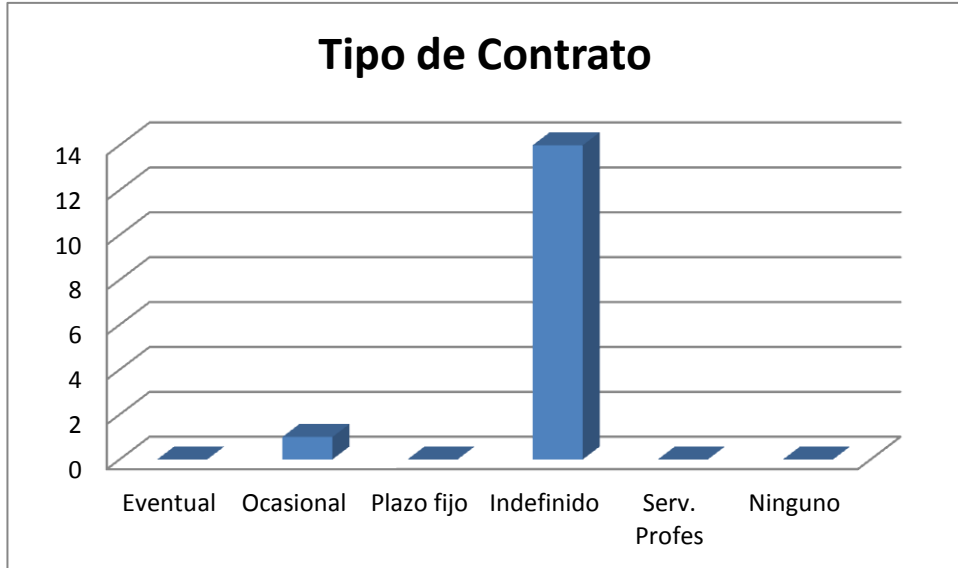
TIPO DE CONTRATO

Gráfico No 10
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 11
Enfermeros sin Burnout

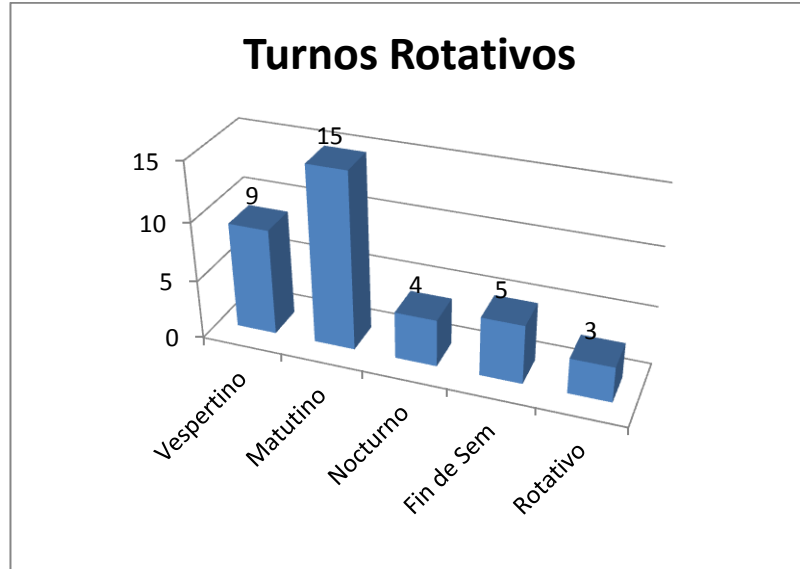


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

El 73% de médicos manifiestan trabajar mediante contrato indefinido, el 20% mediante plazo fijo y el 7% manifiesta no tener ningún tipo de contrato. En cuanto a las enfermeras el 93% trabaja mediante contrato Indefinido y el 7% por contrato ocasional.

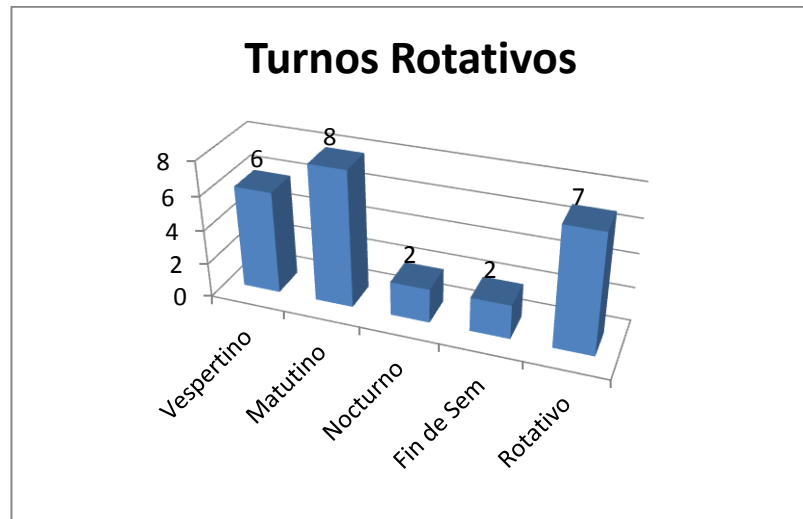
TURNOS

Gráfico No 12
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 13
Enfermeros sin Burnout



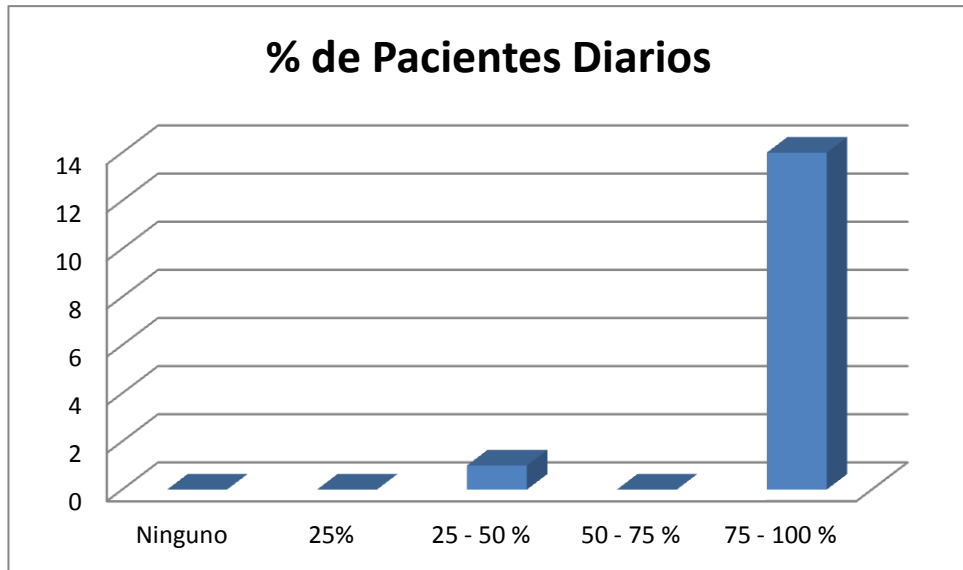
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En cuanto a turnos se refiere los médicos manifiestan trabajar el 25% en turno vespertino, el 42% en turno matutino, el 11% turno nocturno, el 14% fines de semana, y el 8% en turno rotativo.

El grupo de enfermeras trabajan un 24% en turno vespertino, el 32% en turno matutino, el 8% turno nocturno y el 28% en turno rotativo.

% DE PACIENTES DIARIOS

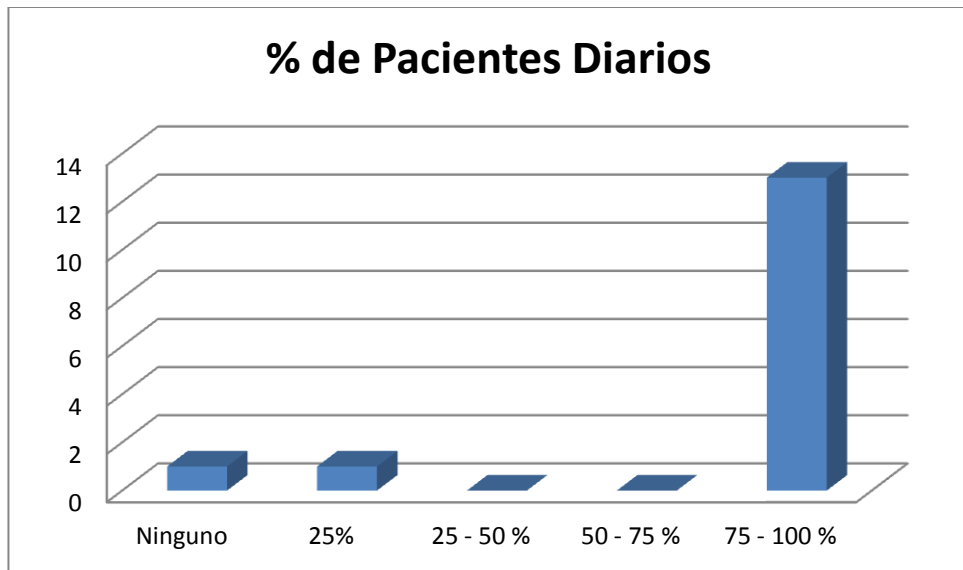
Gráfico No 15
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 16

Enfermeros sin Burnout

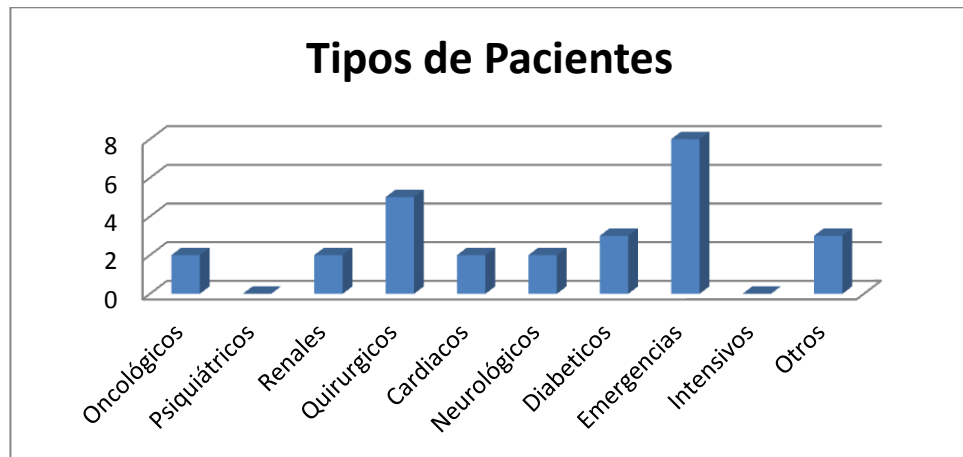


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En esta variable se puede apreciar que los médicos en un 93% utiliza del 75% al 100% de su tiempo de trabajo en atender a pacientes, mientras que un 7% utiliza de 25% a 50% de su tiempo de trabajo a la atención de pacientes.

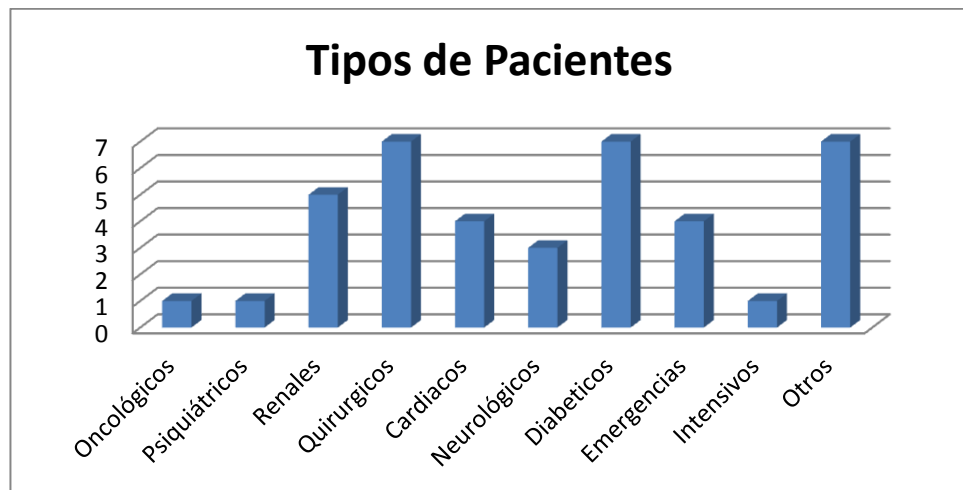
En el grupo de enfermeras se puede observar que el 86% utiliza del 75% al 100% de su tiempo de trabajo en la atención a pacientes, el 7% utiliza de 25% a 50% de su tiempo y un 7% no atiende a pacientes.

TIPOS DE PACIENTES
Gráficos No 17
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 18
Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En esta variable se puede apreciar que los médicos atienden en un 7% a pacientes en oncología, renales, cardiacos y neurológicos, el 11% pacientes diabéticos y otro tipos de pacientes como ginecológicos, pediátricos, etc.; el 19% pacientes quirúrgicos y el 30% pacientes de emergencias.

El grupo de enfermeras manifiesta atender a un 2,5% de pacientes oncológicos, 2,5% de pacientes psiquiátricos, 12,5% de pacientes renales, 17,5% de pacientes quirúrgicos, el 7,5% pacientes neurológicos, 17,5 de pacientes diabéticos, el 10% pacientes de emergencia, el 2,5 de cuidados intensivos y el 17% otro tipo de pacientes como ginecológicos y pediátricos.

TABLA No 3

CUADRO DE RESUMEN DE PROMEDIOS

PROMEDIO	MEDICOS SIN BURNOUT	ENFERMEROS SIN BURNOUT
Edad	45,8	42,6
Hijos	1,9	2,2
Años de trabajo	17,8	17,7
Instituciones trabajadas	1	1
Horas diarias	9,6	6,3
Horas semanales	44,5	31,6
Guardias nocturnas horas	22,3	0
Guardias nocturnas días	2	0
Pacientes por día	23,4	14,2
Pacientes fallecidos	0,8	1,4
Días de permiso	4	16,5

Fuente: Médicos y enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

Esta tabla destaca la poca diferencia que existe en los dos grupos en aspectos como la edad, hijos, años de trabajo e instituciones trabajadas. La diferencia se torna visible en las horas trabajadas diaria y semanalmente, en las guardias realizadas y los pacientes atendidos por día, en estos puntos los médicos tienen porcentajes mayores.

Los permisos solicitados tienen mayor porcentaje en el grupo de enfermeros.

RECURSOS NECESARIOS

Gráfico No 19
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 20
Enfermeros sin Burnout



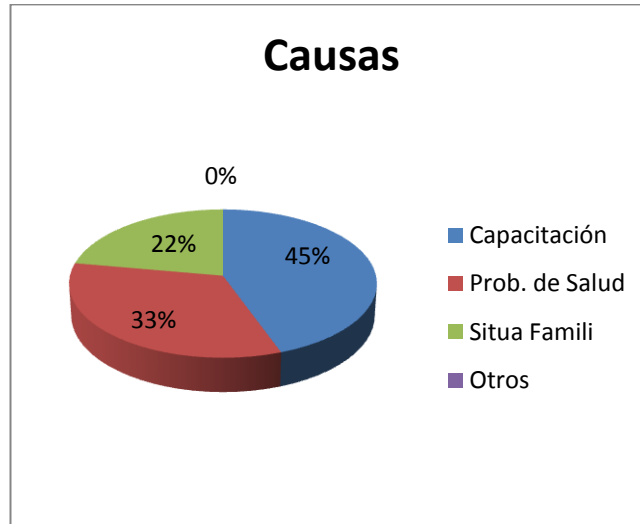
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En los recursos necesarios el 40% de médicos manifiesta contar con los recursos necesarios en el Hospital, y el 60% manifiesta contar medianamente con los recursos en el Hospital.

El 47% del grupo de enfermeras manifiesta contar totalmente con los recursos necesarios y el 53% dice contar medianamente con los recursos necesarios.

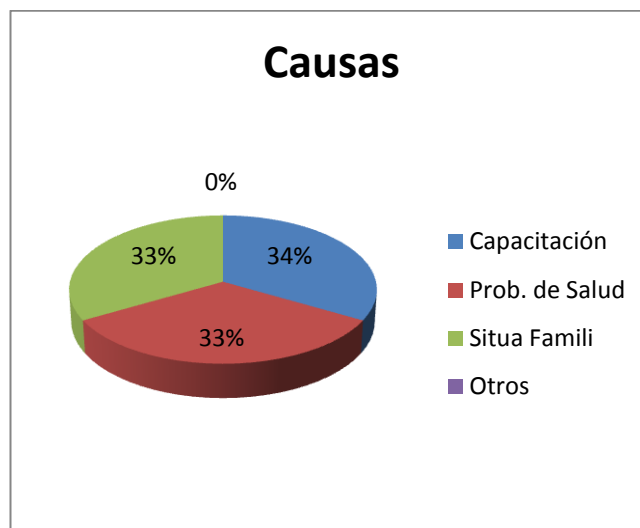
CAUSAS DE PERMISOS

Gráfico No 21
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico: No 22
Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

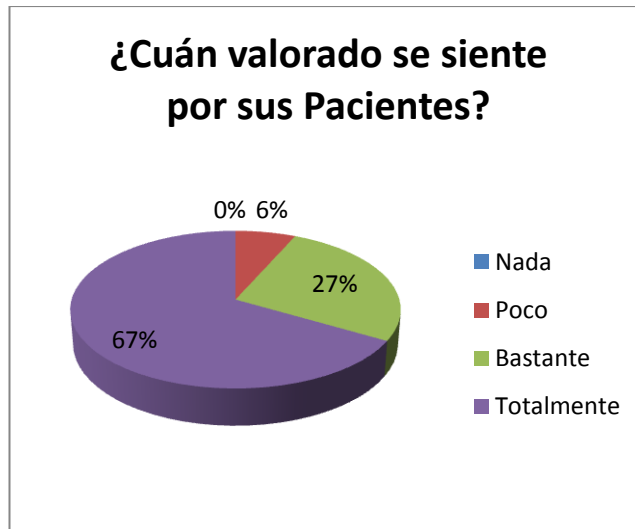
El 45% de médicos solicitó permiso por motivos de capacitación, el 33% por problemas de salud y el 22% por situaciones familiares.

En el grupo de las enfermeras, el 34% manifiesta haber solicitado permiso por capacitación, el 33% por motivos de salud y el 33% por situaciones familiares.

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES

Gráfico No 23

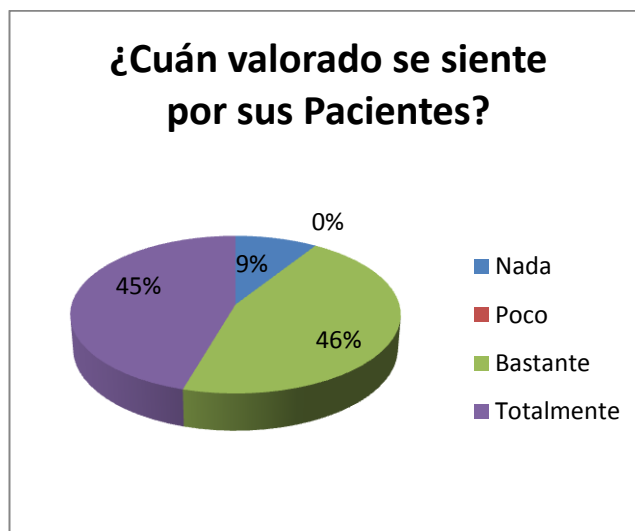
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 24

Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

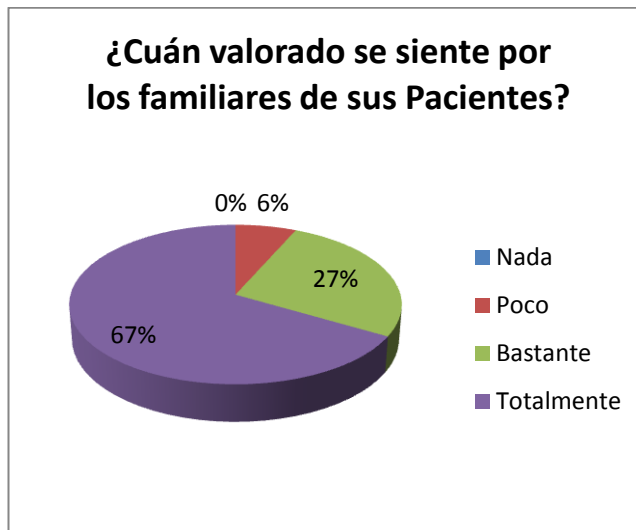
En esta variable un 67% de médicos manifiestan sentirse totalmente valorado por los pacientes, el 27% se siente bastante valorado y un 6% poco valorado.

En el grupo de enfermeras el 45% manifiestan sentirse totalmente valorado por sus pacientes, el 46% bastante valorado y un 9% nada valorado.

VALORACIÓN FAMILIARES

Gráfico No 25

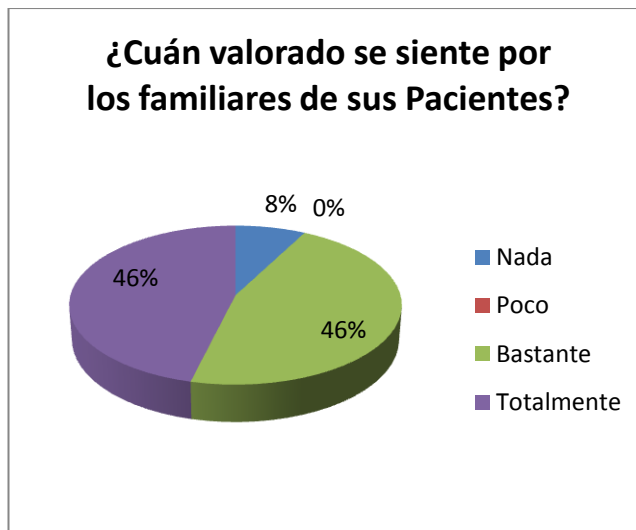
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 26

Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En cuanto a la valoración de los familiares de los pacientes, un 67% de médicos manifiesta sentirse totalmente valorado, el 27% bastante valorado y un 6% poco valorado.

En el grupo de las enfermeras el 46% dice sentirse totalmente valoradas por los familiares de los pacientes, un 46% bastante valoradas y un 8% nada valoradas.

VALORACIÓN COLEGAS

Gráfico No 27

Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 28

Enfermeros sin Burnout



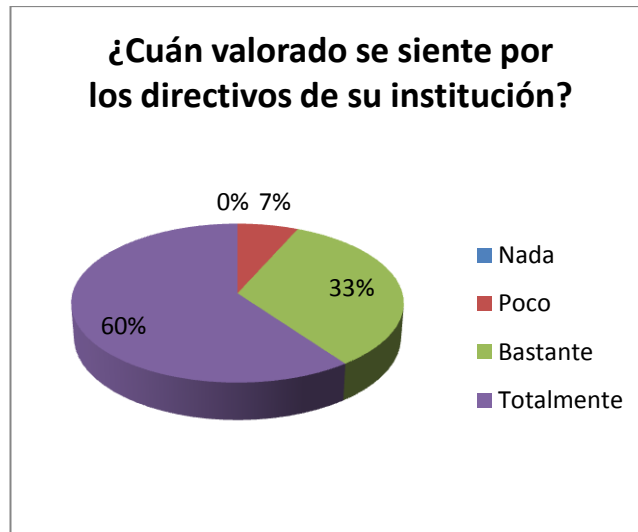
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

Se puede apreciar en esta variable que un 73% de médicos se siente totalmente valorado por sus colegas y un 27% bastante valorado.

Las enfermeras manifiestan sentirse en un 29% totalmente valoradas por sus colegas, el 57% dice sentirse bastante valoradas y un 14% poco valoradas.

VALORACIÓN DIRECTIVOS

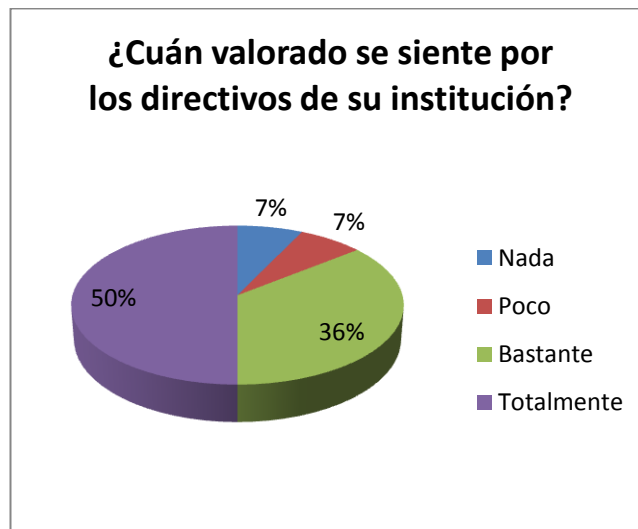
Gráfico No 29
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Enfermeros sin Burnout

Gráfico No 30



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En esta variable se puede observar que el 60% de los médicos manifiestan sentirse totalmente valorados por los directivos de la Institución, el 33% bastante valorados y un 7% poco valorados.

En cuanto a enfermeras se refiere el 50% dice sentirse totalmente valoradas por los directivos de la Institución, un 36% bastante valorados, el 7% poco valorados y el 7% restante nada valorados.

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

Gráfico No 31
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 32
Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

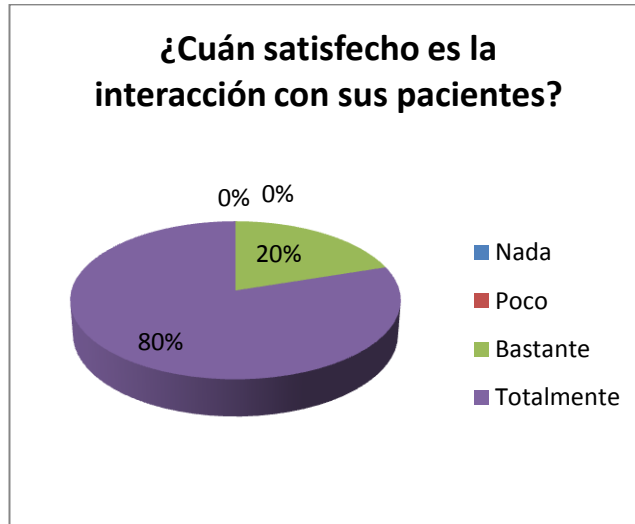
En el grupo de médicos se puede observar que el 80% de médicos se siente totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, y el 20% restante dice sentirse bastante satisfecho.

En el grupo de enfermeras el 93% dice sentirse satisfecho con el trabajo que realiza y un 7% manifiesta sentirse bastante satisfecho.

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES

Gráfico No 33

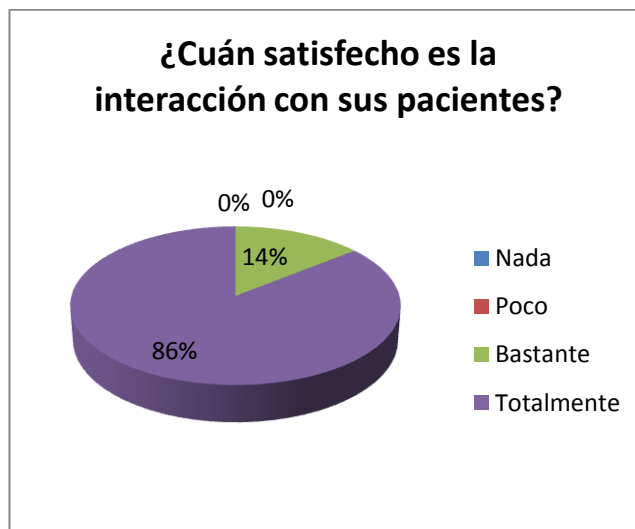
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 34

Enfermeros sin Burnout



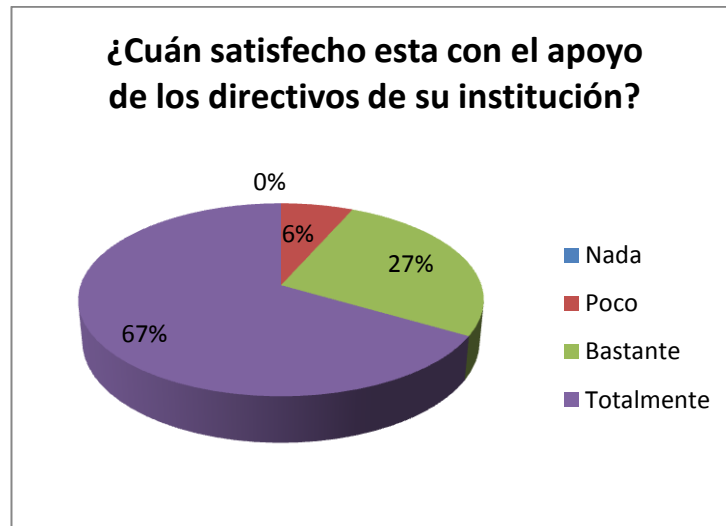
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En esta variable el 80% del grupo de médicos manifiesta sentirse totalmente satisfecho con la interacción con sus pacientes y, el 20% restante dice sentirse bastante satisfecho.

En cuanto a enfermeras se refiere el 86% dice sentirse totalmente satisfecho de la interacción con sus pacientes y el 14% se siente bastante satisfecho.

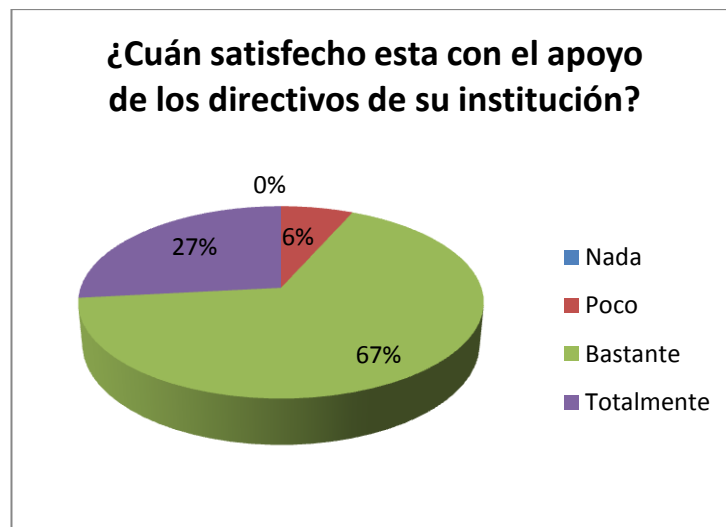
APOYO DIRECTIVOS

Gráfico No 35
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 36
Enfermeros sin Burnout



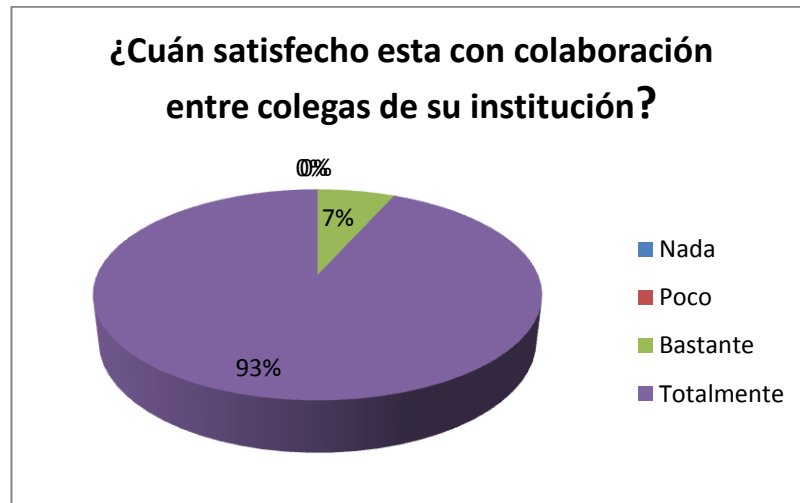
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En el apoyo de los directivos de la Institución, el 67% de médicos dice sentirse totalmente satisfecho, el 27% bastante satisfecho y el 6% poco satisfecho.

En el grupo de enfermeras existe el mismo porcentaje de satisfacción por el apoyo de los directivos al igual que los médicos, es decir, 67% se sienten totalmente satisfechos, el 27% bastante satisfechos y el 6% poco satisfechos.

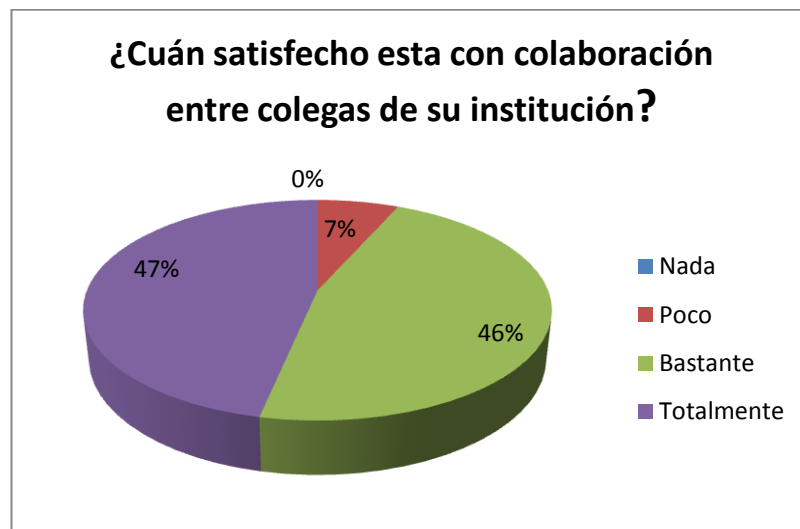
COLABORACIÓN COLEGAS

Gráfico No 37
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 38
Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En esta variable se puede apreciar que del grupo de los médicos un 93% se siente totalmente satisfecho con la colaboración entre colegas de la Institución, y el 7% restante se siente bastante satisfecho.

En el grupo de las enfermeras el 47% de las mismas se siente totalmente satisfechas con la colaboración entre colegas, el 46 se siente bastante satisfechas y el 7% siente poca satisfacción de la colaboración entre colegas de la Institución.

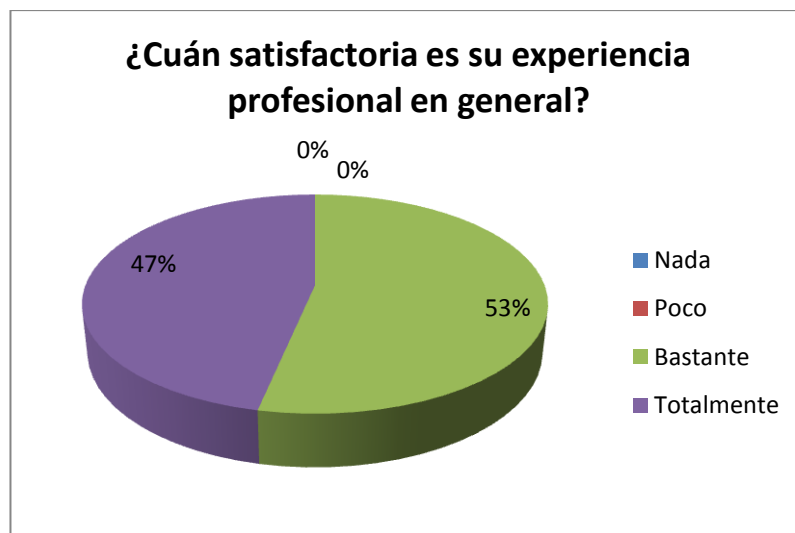
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA

Gráfico No 39
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico No 40
Enfermeros sin Burnout



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

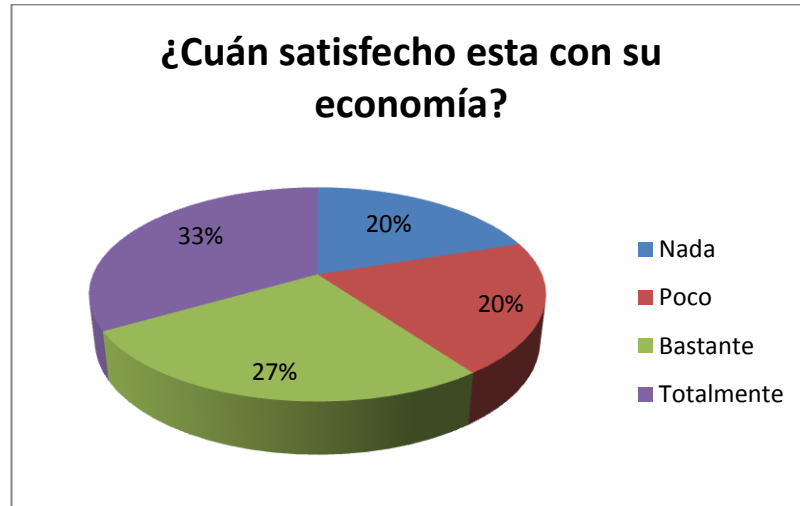
La variable satisfacción experiencia muestra que un 80% de los médicos se siente totalmente satisfecho con su experiencia profesional, el 20% restante se siente bastante satisfecho.

En el grupo de las enfermeras el 47% de las mismas dice sentirse totalmente satisfechas con su experiencia profesional y un 53% se sienten bastante satisfechas.

ECONOMÍA

Médicos sin Burnout

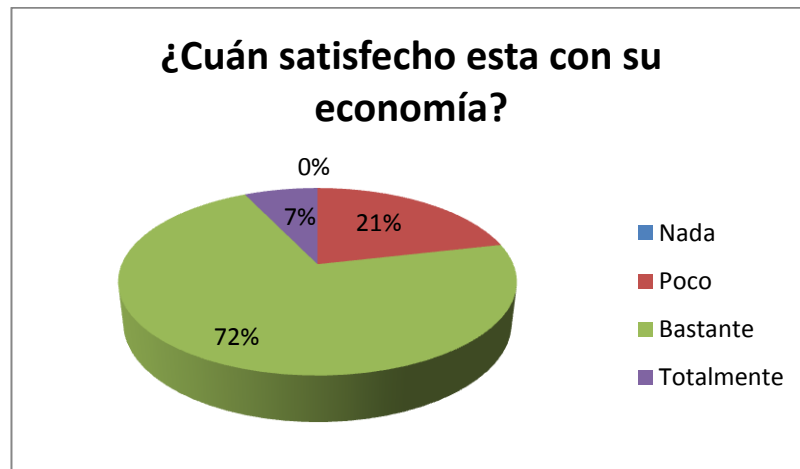
Gráfico No 41



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Enfermeros sin Burnout

Gráfico No 42

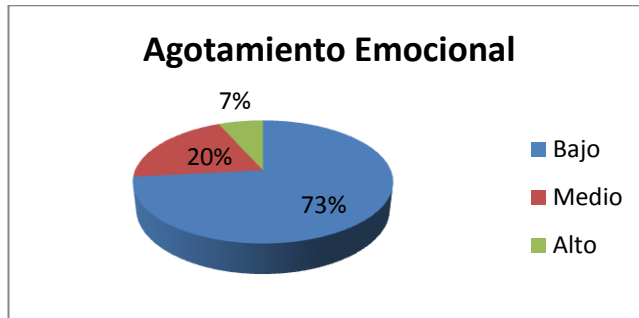


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

El porcentaje de médicos que se siente totalmente satisfecho con su economía es de 33%, mientras que el 27% manifiesta sentirse bastante satisfecho, un 20% poco satisfecho y el 20% restante nada satisfecho.

En los enfermeros el nivel de satisfacción total de su economía representa un 7%, mientras que el 72% dice sentirse bastante satisfecho, el 21% restante dice sentirse poco satisfecho con su economía.

CUESTIONARIO DE BURNOUT
Médicos sin Burnout
Gráfico No 43



Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Burnout

Gráfico No 44



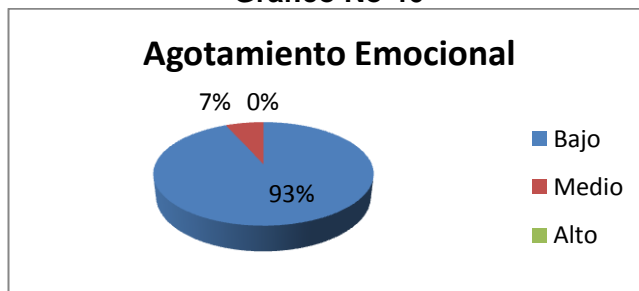
Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Burnout

Gráfico No 45



Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Burnout

Enfermeros sin Burnout
Gráfico No 46



Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario de Burnout

Gráfico No 47



Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario de Burnout

Gráfico No 48



Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario de Burnout

En el Cuestionario de Burnout MBI podemos apreciar que el 73% de médicos tienen bajos niveles de agotamiento emocional, el 20% un nivel medio y el 7% restante tiene un alto porcentaje.

En la variable de despersonalización el 100% de médicos presentan niveles bajos y en la variable de realización personal el 100% presentan altos niveles.

En el grupo de las enfermeras se aprecia que el 93% presenta niveles bajos de agotamiento emocional y un 7% de nivel medio.

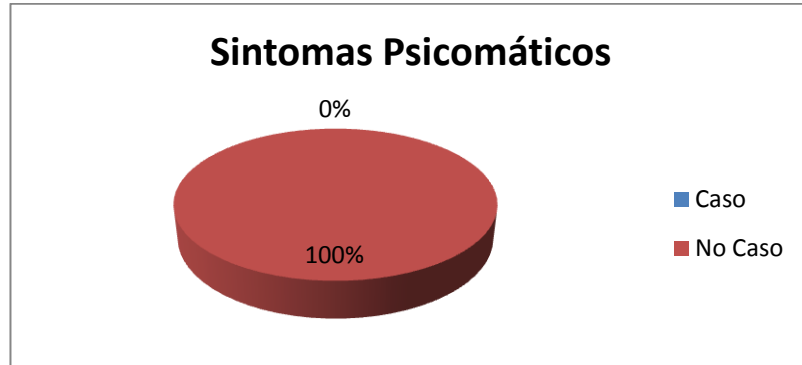
En la variable de despersonalización el 100% de enfermeras presentan niveles bajos.

En la variable de realización personal el 93% presentan un nivel alto y el 7% un nivel medio.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL GHC28

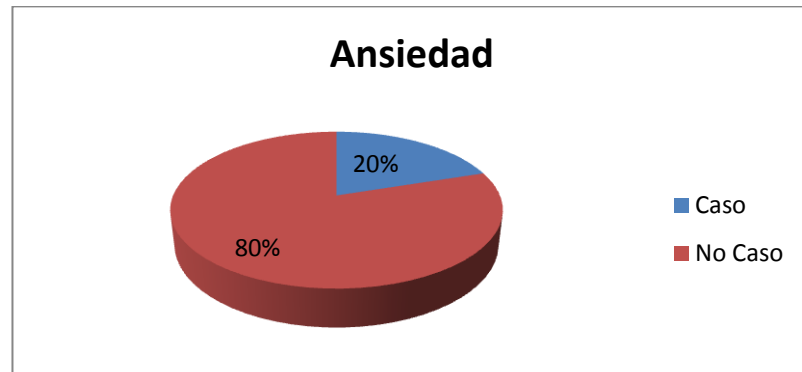
Médicos sin Burnout

Gráfico No 49



Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Salud GHC28

Gráfico No 50



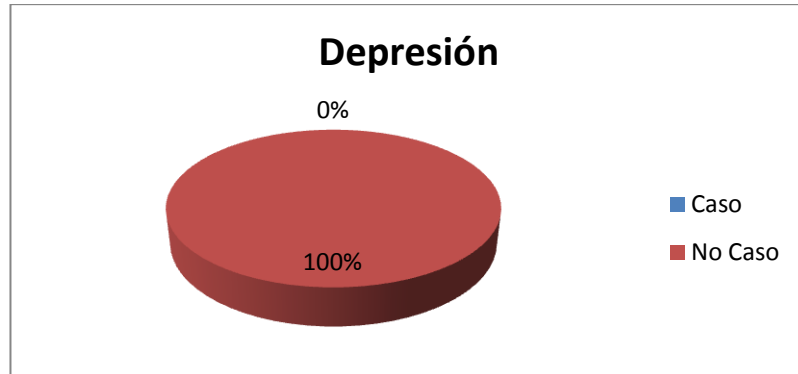
Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Salud GHC28

Gráfico No 51



Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Salud GHC28

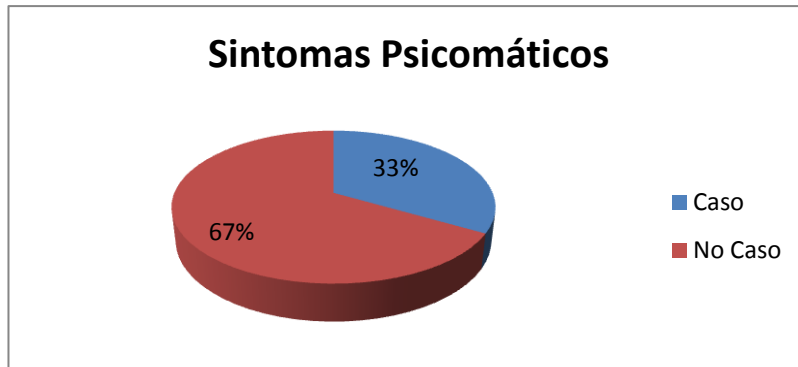
Gráfico No 52



Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Salud GHC28

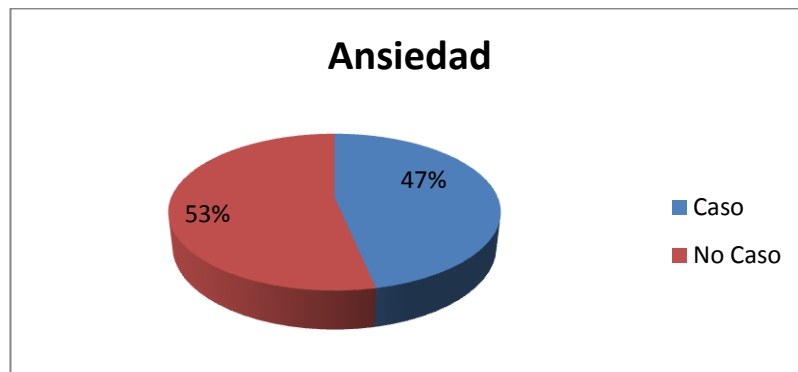
ENFERMEROS SIN BURNOUT

Gráfico No 53



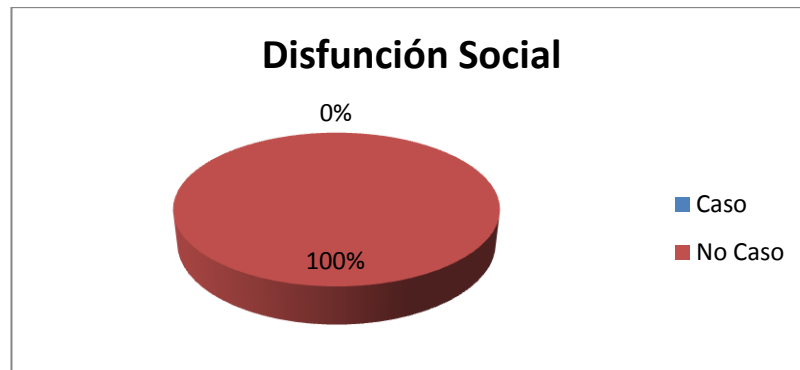
Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario de Salud GHC28

Gráfico No 54



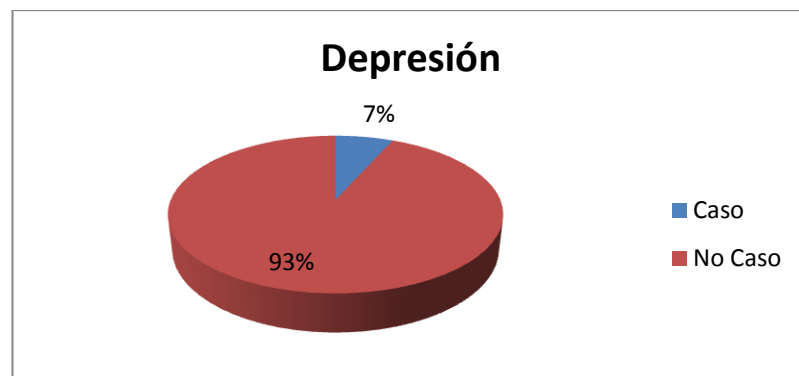
Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario de Salud GHC28

Gráfico No 55



Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario de Salud GHC28

Gráfico No 56

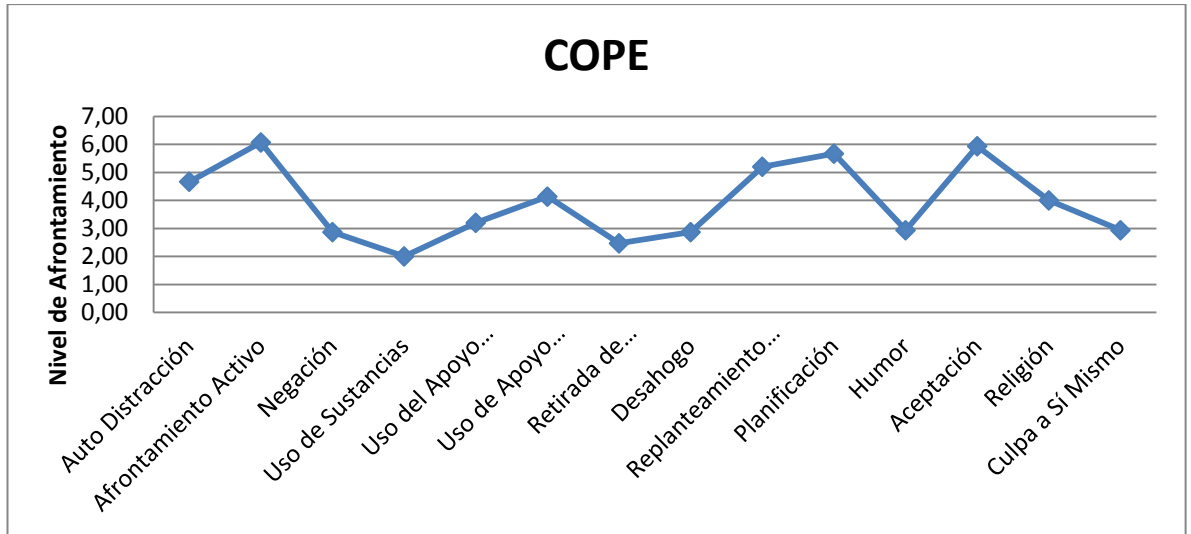


Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario de Salud GHC28

En cuanto a la salud mental de médicos se refiere, se puede observar en los gráficos anteriores que un 100% no presenta casos de síntomas psicósomáticos, el 80% no presenta casos de ansiedad, el 20% si los presenta, en las variables de disfunción social y depresión el 100% de médicos no presentan casos.

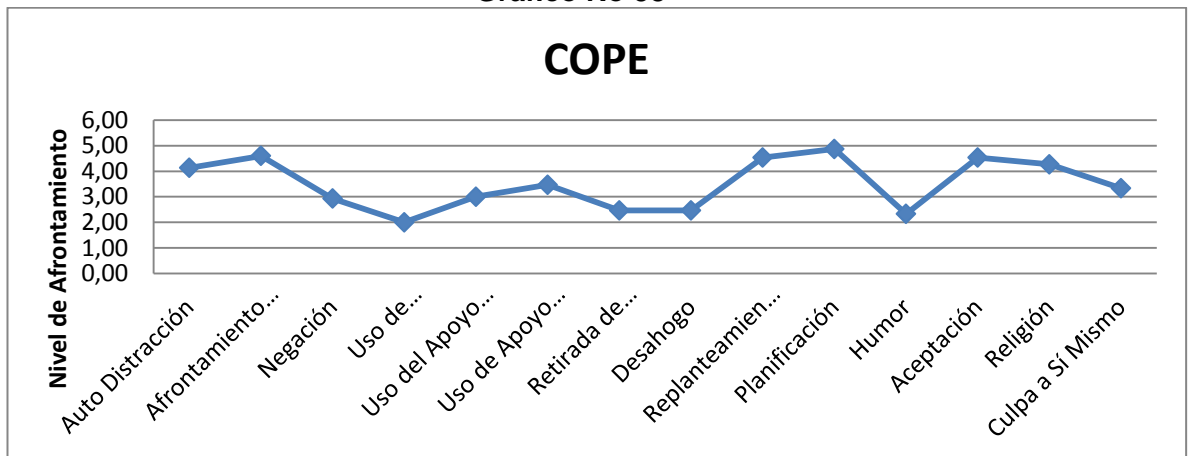
De otro modo, en el grupo de las enfermeras el 67% no presentan síntomas psicósomáticos y el 33% si los presenta, el 53% presenta casos de ansiedad, el 47% no presenta caso; el 100% no presenta caso de disfunción social y el 93% no presenta casos de depresión y un 7% si lo presenta.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)
Médicos sin Burnout
Gráfico No 57



Fuente: Médicos a través del Cuestionario BRIEF-COPE

Enfermeros sin Burnout
Gráfico No 58



Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario BRIEF-COPE

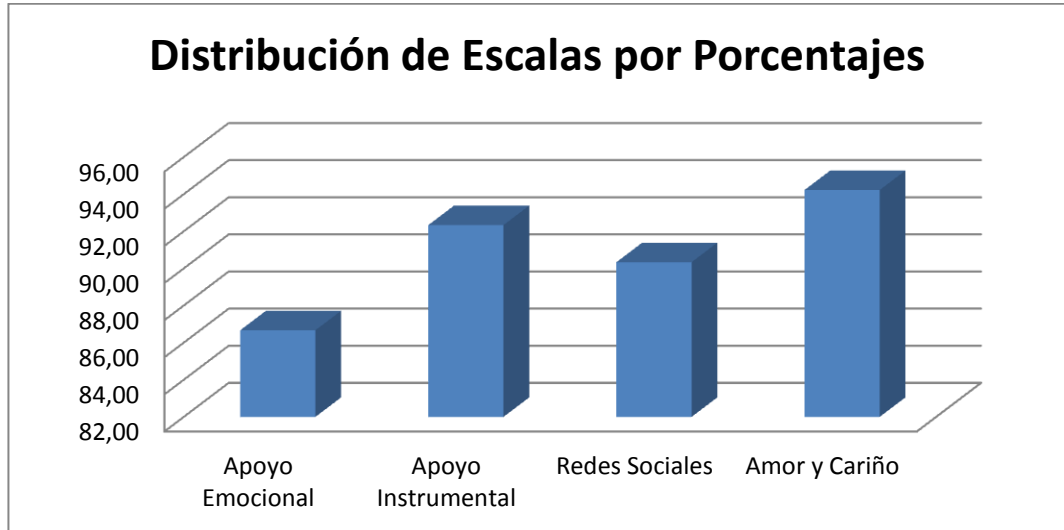
En cuanto a los tipos de afrontamiento que nos señala el cuestionario BRIEF-COPE, podemos apreciar que en los gráficos los médicos presentan mayores porcentajes en las variables de afrontamiento activo con un 11,04%, la aceptación con 10,80%, la planificación con un 10,32%, el replanteamiento positivo con un 9,47%, la auto distracción con un 8,50% y el apoyo instrumental con un 7,52%.

En el grupo de las enfermeras se observa que el mayor porcentaje en cuanto a afrontamiento se refiere se encuentra en las variables de planificación con un 9,95%, afrontamiento activo con un 9,40%; replanteamiento positivo con un 9,26%, la aceptación con un 9,26% , la religión con un 8,72% y la auto distracción con un 8,45.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)

Médicos sin Burnout

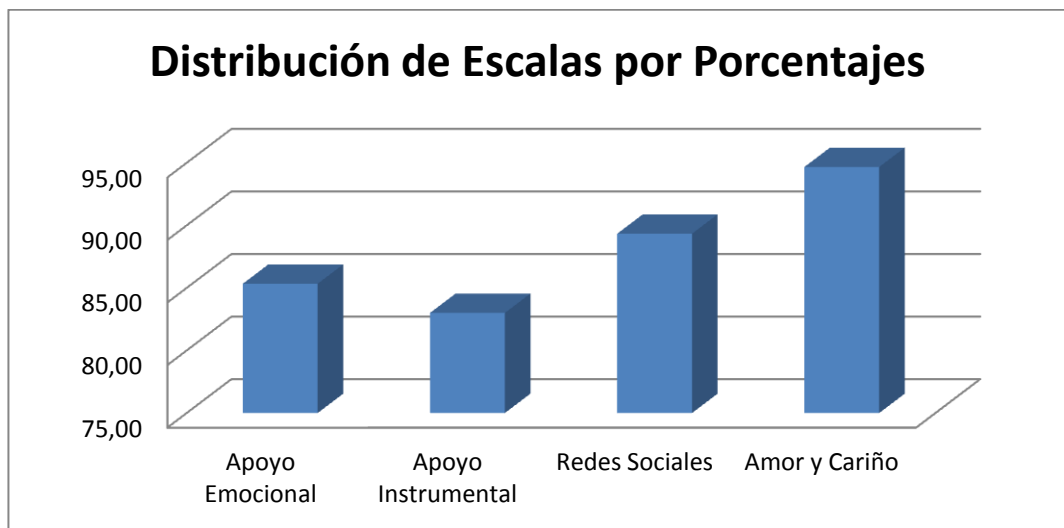
Gráfico No 59



Fuente: Médicos a través del cuestionario de Apoyo Social MOS

Enfermeros sin Burnout

Gráfico No 60

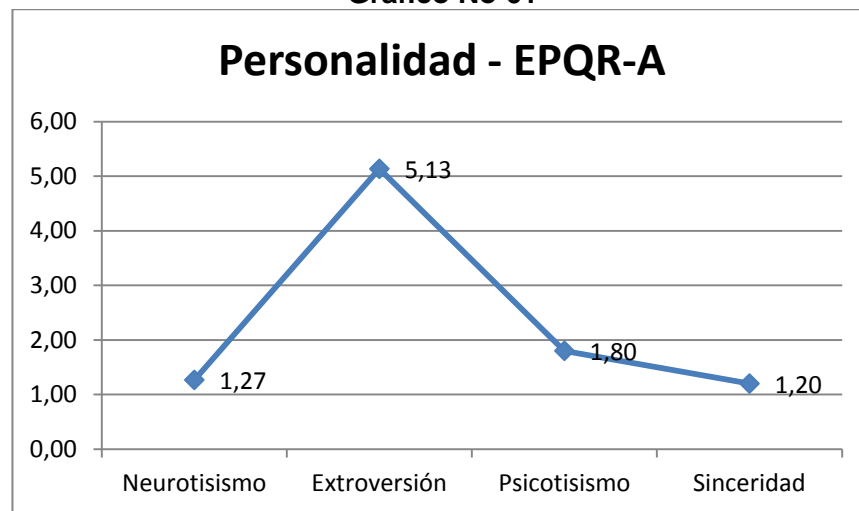


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario de Apoyo Social MOS

En el cuestionario de Apoyo Social podemos observar que el 87% de médicos manifiesta sentir apoyo emocional, el 92% apoyo instrumental, el 90% apoyo de la redes sociales y el 94% manifestaciones de amor y cariño.

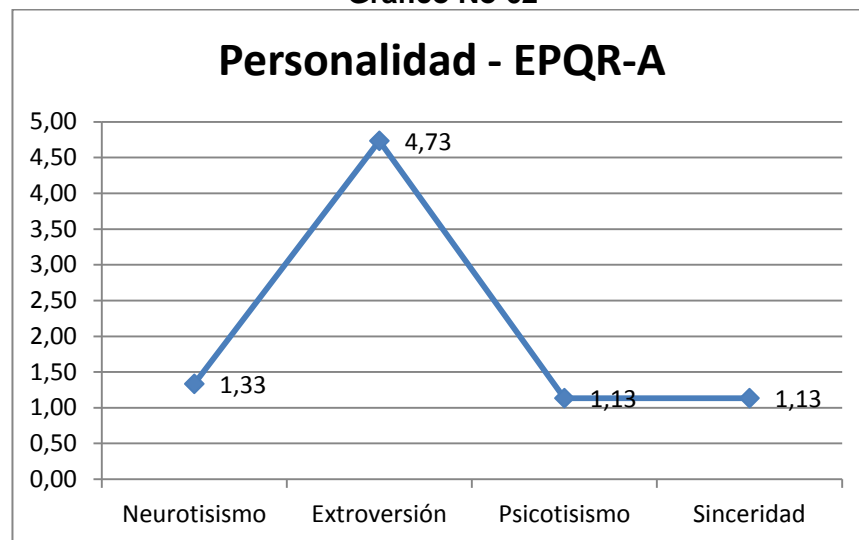
En cuanto al grupo de enfermeras se refiere el 85% manifiesta sentir apoyo emocional, el 83% apoyo instrumental, el 89% apoyo de redes sociales y el 95% de amor y cariño.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD EPQR-A
Médicos sin Burnout
Gráfico No 61



Fuente: Médicos a través de cuestionario de Personalidad EPQR-A

Enfermeros sin Burnout
Gráfico No 62



Fuente: Enfermeros a través del cuestionario de Personalidad EPQR-A

En esta variable se puede observar que en los médicos el rasgo predominante es el de extroversión con un 54%; el 19% presenta rasgos de psicotismo; el 13,48% rasgos de neurotismo; y, un 12% con rasgos de sinceridad.

En el grupo de las enfermeras se aprecia que el 56% presenta como rasgo característico de la personalidad el de extroversión, el 16% presenta rasgos de neurotismo, el 13,60% rasgos de psicotismo y el 13,60% restante presenta rasgos de sinceridad.

6. DISCUSIÓN

En esta investigación se puede identificar que no existen niveles de Burnout en los treinta profesionales de la salud, quince médicos y quince enfermeras de este estudio realizado en el Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caráquez; sin embargo, en la aplicación del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia del Burnout en el Individuo, el 20% de los médicos presentó un nivel medio de agotamiento emocional y un 7% un alto nivel del mismo. La despersonalización no presenta porcentaje; es decir, nivel cero y en la realización personal el 100% de los encuestados presentan niveles altos; esto en cuanto a los médicos. En cuanto al personal de enfermería sólo el 7% presenta un nivel medio de agotamiento emocional, la despersonalización igualmente el 100% está en nivel cero, y la realización personal el 93% tiene nivel alto.

Se puede recalcar en este apartado que los niveles de agotamiento emocional presenta porcentajes muy bajos, la despersonalización no presenta porcentajes, y un alto porcentaje de profesionales se sienten realizados personalmente, este es un punto clave para la no presencia del Burnout, ya que sólo ocasionalmente un pequeño porcentaje de profesionales se siente tensionado y frustrado por su trabajo, el 100% tiene actitudes positivas hacia los demás ya que su trabajo les resulta motivador, y un 93% se sienten satisfechos sobre el trabajo realizado, además que sienten ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.

Estos datos nos indican que la mayoría de profesionales de la salud que participaron en el proyecto perciben con buena actitud su trabajo y su realización en este.

- Se puede identificar en cuanto a las variables socio demográficas y laborales de los profesionales de la salud que el género masculino en los médicos es el 73% y el 27% femenino. El 87% vive en zonas urbanas y el 13% en zona rural. El 93% de los médicos vive con otras personas y el porcentaje de atención a pacientes con riesgo es del 80%, el 93% recibe remuneración mensual, el 94% se siente bien valorados por sus pacientes, el 100% está satisfecho con su trabajo, se siente valorado por sus colegas, el 94% se siente apoyado por los directivos de la Institución y el 60% se encuentra satisfecho con su economía.

En cuanto a los profesionales de enfermería el 7% son de género masculino y el 93% de género femenino. El 100% viven en zonas urbanas, el 100% viven con otras personas, el 79% trabajan con pacientes en riesgo de muerte, el 93% trabajan mediante contrato indefinido (nombramiento), el 90% se siente bien valorados por los pacientes, el 86% bien valorado por sus colegas y Directivos de la Institución, el 100% se encuentra satisfecho con su experiencia profesional y el 72% está bastante satisfecho con su economía.

Este apartado de nivel Socio demográfico también muestra el porqué de la no presencia del Burnout en los profesionales de la salud, ya que los porcentajes de valoración a nivel de apoyo de colegas, pacientes y directivos de la Institución, la remuneración salarial, la experiencia profesional, el vivir con otras personas, y la satisfacción en la remuneración salarial es importante para que una persona se sienta segura, valorada y satisfecha en la Institución que trabaja, lo cual beneficia para mantener alejados los niveles de estrés que puedan presentarse.

- En el Cuestionario de Salud Mental (GHQ28) el cual identifica disturbios psiquiátricos menores y evalúa el estado de Salud Mental centrándose en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida. Este cuestionario se evalúa mediante los ítems: Síntomas Psicossomáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción Social y Depresión.

La salud mental de los médicos en los síntomas psicossomáticos el 100% no presentan casos, en ansiedad el 20% presentan casos, disfunción social el 100% no presentan casos y depresión el 100% de médicos tampoco presentan casos.

En cuanto a los enfermeros y enfermeras el 33% presentan síntomas psicossomáticos, el 47% presentan ansiedad, el 100% no presenta disfunción social y el 7% presenta depresión.

En este punto cabe la comparación de género en cuanto a síntomas psicossomáticos y ansiedad, como se ha dicho 11 de 15 médicos entrevistados fueron de sexo masculino, de otro modo a nivel de enfermeros de 15 entrevistados 14 son de sexo femenino y 1 de sexo masculino. Las enfermeras (mayoría de sexo femenino) presentan niveles más elevados de síntomas psicossomáticos y ansiedad, es decir,

cuentan con dolores de cabeza, cansancio, escalofríos, dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad; estos síntomas pueden ser un referente de la “carga” que manifiestan al sentirse que cumplen doble trabajo (palabras expresadas por las enfermeras), en el hogar y en la Institución que laboran, añadiéndole a esto la presión manifestada que dijeron sentir por parte de médicos.

- El Cuestionario de Apoyo Social de MOS permite conocer si el profesional de la Salud cuenta con un buen círculo de Apoyo Social, lo cual le permitirá tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, ya que cuando existe excelente comunicación interpersonal, puede modular los efectos negativos del estrés como sobre la Salud.

Este cuestionario se mide en cuatro ítems como lo son: Apoyo emocional, Ayuda Material o Instrumental, Relaciones Sociales de ocio y distracción, y Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño.

En los médicos, el porcentaje de apoyo emocional es del 83%, el apoyo instrumental el 93%, redes sociales el 89% y en amor y cariño el 93%.

Por otra parte el apoyo social procedente de la red social en los enfermeros y enfermeras, presenta un 86% de apoyo emocional, 82% de apoyo instrumental, el 88% de apoyo de redes sociales, y el 94% de amor y cariño.

En este apartado se observa claramente el alto apoyo social con el que cuentan tanto médicos como enfermeras, siendo así un importante mecanismo protector para que no se genere el Burnout, ya que existe la valoración positiva de la red social y los recursos que fluyen desde ella, además se destacan aspectos de apego, confort, cuidado y preocupación.

- La Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) que permite conocer las diferentes formas de respuesta ante situaciones estresantes demuestra que los niveles más altos de afrontamiento en los médicos están presentes en la auto distracción, al afrontamiento activo, el apoyo instrumental, el replanteamiento positivo, la planificación y la aceptación.

Por otro lado los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los enfermeros y enfermeras se presentan de la siguiente manera: los porcentajes más altos se encuentran en el afrontamiento activo, el replanteamiento positivo, la planificación y la aceptación.

Esto indica que los médicos disipan la concentración en el problema o las situaciones que le causan estrés mediante la ocupación en otras actividades como puede ser ir de compras, ir al cine, practicar algún deporte, etc. Las enfermeras por el contrario no presentan niveles muy altos en la auto distracción.

De otro modo tanto médicos como enfermeras al presentar un porcentaje alto de afrontamiento activo realizan actividades que les permite eliminar o reducir la fuente del estrés.

También en el replanteamiento positivo los médicos y enfermeras presentan una similitud en porcentajes, lo cual ayuda a considerar a la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar. Lo mismo sucede con la planificación y aceptación en ambos grupos, favoreciendo así a planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo, aceptando y tomando conciencia que la situación que están viviendo es real.

Es importante señalar que cada una de las formas de afrontamiento a las situaciones difíciles o estresantes con las que cuentan los individuos son importantes moduladores que influirán para mantenerse alejado del Burnout o tener la tendencia de padecerlo.

- En el Cuestionario de Personalidad (EPQR-A) que sirve para evaluar los rasgos de personalidad; dentro del cual se encuentra algunos aspectos que la componen. Aquí se mide cuatro diferentes rasgos que son : Neuroticismo, Extroversión, Psicosisismo y Sinceridad.

De los profesionales de la Salud del Hospital Miguel H. Alcívar tanto médicos como enfermeras se presentan de la siguiente manera: el rasgo de mayor porcentaje es de Extroversión con mínimos porcentajes de Neuroticismo, psicosisismo y sinceridad.

En este rasgo predominante de Extroversión tanto de médicos como de enfermeras se puede evidenciar que el ser personas sociables, que les gusta hablar con la gente, que son aficionadas a las bromas , despreocupados , condescendientes, optimistas y con

un gran gusto por reír y divertirse les beneficia de sobre manera para no presentar niveles de Burnout.

Considero que el rasgo de personalidad es uno de los moduladores que pueden evidenciar de manera clara y precisa si la persona tiene tendencia a padecer del Burnout, ya que, por ejemplo, si una persona con rasgos de Neuroticismo está atravesando situaciones difíciles no tendrá la capacidad de afrontarlos debidamente, ya que al ser ansiosa, preocupada, emotiva o deprimida, no sentirá que tiene las fuerzas o el carácter para salir de la situación.

De esta manera se puede observar el porqué de la no presencia de Burnout en los profesionales de la Salud que participaron en la Investigación, un gran porcentaje de los mismos presentan bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y un alto nivel de realización personal, el apoyo social percibido por médicos y enfermeras es bueno; ya que saben enfrentar adecuadamente las situaciones difíciles y su rasgo de personalidad les ayuda para adaptarse a diferentes momentos que puedan presentarse en el día a día.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Mediante la aplicación del Cuestionario de Burnout MBI a los 15 médicos y 15 enfermeras no se detecta la presencia del Burnout en ninguno de los profesionales, esto obedece al bajo porcentaje presentado en el agotamiento emocional y despersonalización, y un alto porcentaje presentado en la realización personal de los mismos.
- En el Cuestionario de Salud GHC28, los médicos no presentan síntomas psicossomáticos, de disfunción social, ni de depresión, en el ítem de ansiedad presenta un porcentaje de 20%.
Sin embargo las enfermeras si presentan síntomas psicossomáticos y de ansiedad con porcentajes medios, y de depresión un bajo porcentaje. En lo referente a disfunción social no existen porcentajes.
- En cuanto a apoyo social se refiere, todos los profesionales que participaron en la investigación, médicos y enfermeras, tienen altos porcentajes de percibir un buen círculo de apoyo social. Esto favorece para modular los efectos negativos del estrés como sobre la salud.
- Los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud, también son buenos, presentando mejores porcentajes en los puntos clave de afrontamiento los médicos que las enfermeras, sin embargo esta diferencia no sugiere la presencia de Burnout en las mismas.
- El rasgo predominante que se evidencia tanto en médicos como en enfermeras es el de Extroversión, esto manifiesta el optimismo y la adaptación a situaciones difíciles, lo cual sugiere un alejamiento del Burnout.

7.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda adoptar medidas preventivas que puedan ser útiles para mejorar la salud y la calidad de vida de los profesionales de la salud.
- En cuanto al apoyo social se recomienda mantener estrechos lazos familiares, sociales y de compañerismo; ya que mediante estos se consiguen lograr vínculos afectivos, crea sentimientos de seguridad, establece la empatía y es un fuerte modulador para mantenerse alejado de los niveles de burnout.
- En cuanto al agotamiento emocional se debe insistir en que la programación de las guardias sean realizadas y dadas a conocer con antelación y con tiempos adecuados para que pueda producirse la recuperación, ya que se ha demostrado que estas medidas contribuyen a disminuir el estrés y permiten otorgar mayor autonomía del tiempo, tanto médico como a la enfermera. Hecho de suma importancia ya que algunos profesionales, debido a las consecuencias de los turnos de trabajo pueden abandonar el ejercicio o enfermar.
- Se recomienda realizar actividades o acciones por parte de los profesionales de la salud que puedan ayudar a mantenerse alejados de las situaciones estresantes o difíciles. Buscar formas de replanteamiento positivo para ver los problemas como oportunidades para crecer y mejorar y pedir ayuda a profesionales o personas capacitadas que les ayuden a buscar soluciones y poder aceptar la realidad de los hechos.
- Buscar métodos de adaptación a las circunstancias y lugares mediante ayuda profesional.

8. BIBLIOGRAFÍAS

- Acosta Hedy, Burnout y su relación con variables socio demográficas, socio laborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos, Universidad Jaume I, Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología Castellón de la Plana, España.
- Alberdi Jesus, Taboada Oscar y Castro Carlos, Depresión, Guías Clínicas 2006, España.
- Aranda B. Carolina, Pando M. Manuel, Pérez R. Ma. Berenice, Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout. Una revisión psicológica y salud-2004, México.
- Arman Grau D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en Personal Sanitario Hispanoamericano y Español. Rev. Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230.
- Baraza Arturo y Malo Diana, Patología, afrontamiento e intervención, Red Durando de Investigadores Educativos. 2012, México.
- Caballero Martín a, F Bermejo Fernández a, R Nieto Gómez a, F Caballero Martínez a. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. Atención Primaria 2001.
- Casas, E. Solsona M. Espuning C. & Fernández P(2000) Mejor sin Estrés. Recuperado del <http://www.asepeyo.es>
- Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2000; 16 (2): 135-149.
- Katschnig Heinz, Freeman Hug, Sartorws Norman, Calidad de vida en los transtornos mentales, Edición Española 2000, Barcelona.

- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn-out Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
- Mingote Adán JC. Síndrome “burnout”. Síndrome de desgaste profesional. Monografías de psiquiatría. 1977;5:1-44
- Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: psicología pirámide; 2001
- Sociedad española para el estudio de ansiedad y estrés SEAS. Recuperado <http://www.ucm.es/info>, Octubre 2012
- Thompson Karla, Ph.D. Depresión y Discapacidad Guía Práctica, www.fsnn.org, Octubre 2012
- Torres C. (26/03/2004) Agenda de Salud Publicación Trimestral del programa mujeres y salud ISIS. Recuperado <http://www.isis.cl>, Octubre 2012

ANEXOS

ANEXO 1

SOLICITUD DE PLAZA PARA LA INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO

De mi consideración:

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

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

Concedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr.(a) Director (a) se autorice a Mónica Natalia Tufino Zambano 08189925-2 egresado (a) de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para realizar la recolección de información dirigida a 30 funcionarios (15 médicos y 15 enfermeras) de la salud de la Institución que usted tan acertadamente dirige.

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

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

Atentamente,



Mg. Silvia Vaca Gallegos

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**



ANEXO 2

CERTIFICADO DEL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR



HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR
SECRETARIA GENERAL



CERTIFICACION

La suscrita, Econ. Juana Molina Nuñez, GERENTE del Hospital Miguel H. Alcivar de Bahía de Caráquez, cantón Sucre, provincia de Manabí.

CERTIFICA

Que, TUFÍÑO ZAMBRANO MONICA NATALIA, CI: 080189935-2, ha realizado sus pasantías laborales en esta Institución desde el 4/JUNIO/2012 hasta 8/JUNIO/2012, realizando el siguiente trabajo investigativo con Médicos y Enfermeras de los diferentes procesos de ésta Casa de Salud:

- IDENTIFICACION BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENOMENO EN EL ECUADOR

El presente certificado es de uso exclusivo para fines académicos, eximiendo a la empresa de cualquier responsabilidad laboral sobre el mismo.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad y para los fines consiguientes.

Bahía de Caráquez, 10 de Octubre del 2012


Econ. Juana Molina Nuñez
GERENTE HOSPITALARIO

c.c.- arch.

Calle Rocafuerte entre Virgilio Stopper y Río Amazonas
Teléfonos: 593 (2) 398-420/052398-008 ext.: 4502-4501
Correo electrónico: hospmhalcivar@gmail.com

ANEXO 3

INSTRUMENTOS APLICADOS

ANEXO Nro. 2



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 2

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

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

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

<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <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.	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <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.
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <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. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <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.
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual. <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.	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <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.
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <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.
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</p> <input type="checkbox"/> 1. Claramente, no. <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.
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual. <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.	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <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.
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual. <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.	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <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.
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual. <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.	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <input type="checkbox"/> 1. Claramente, no. <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.centrodesaluddebolillos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebolillos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

Anexo 2.3.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.4.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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