



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital de Seguro Social de Latacunga IESS y Clínica Continental de la ciudad de Latacunga provincia de Cotopaxi Año 2012”.

Trabajo de fin de titulación

Autora: Cantos Moreno, Ana Lucía.

Director de Tesis: Guevara Mora Sandra del Rocío, Lic.

Centro Universitario Latacunga

2013

CERTIFICACIÓN

Licenciada:

Sandra Guevara

DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado “**Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital de Seguro Social de Latacunga IESS y Clínica Continental de la ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi Año 2012**”, realizado por la profesional en formación: **Cantos Moreno Ana Lucía**, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, Abril del 2013.

Lic. Sandra Guevara
C.I.: 1102798004

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

Yo, Ana Lucía Cantos Moreno, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

Ana Lucía Cantos Moreno

C.I.: 0503049884

DEDICATORIA

"Si has construido castillos en el aire, tu trabajo no se pierde; ahora coloca las bases debajo de ellos."

Thoreau, Henry David

Este trabajo de investigación va dedicada especialmente a Isabel mi madre pilar fundamental en mi vida quien se esforzó siempre por verme en lo más alto brindándome siempre el apoyo y el cariño de una madre y amiga, a Dayannita Alejandra mi hija luz de mis ojos motivación de vida, quien siempre con su sonrisa ilumina cada uno de mis días y me impulsa a ser mejor a ustedes dos el esfuerzo y dedicación de este trabajo las amo.

A mi familia, a mis compañeros de trabajo que pasaron a ser parte de mis grandes amigas y amigos, que nunca les falto una palabra de aliento en cada desmayo.

A esa persona especial que nunca dejó de apoyarme gracias corazón.

Es difícil mencionar a todas las personas a quienes dedico este trabajo pero a todos quienes están en mi vida les dedico mi mejor esfuerzo y gracias por creer en mí siempre.

Anita

AGRADECIMIENTOS

"Es mi trabajo no estar nunca satisfecho."

Braun, Werner von

Primero agradecer a Dios por haberme dado la vida, a mi madre, a mi hija y a toda mi familia que ha estado siempre apoyándome para lograr esta gran meta.

A la Universidad Técnica Particular de Loja Matriz y centros asociados por haberme abierto las puertas para emprenderme como persona y ahora como profesional, en especial del Centro Provincial de Latacunga, lugar que me acogió como Becaria en Gestión Productiva y ahora he pasado a ser parte de la nómina del personal y lo más importante haber sido una alumna más de tan prestigiosa institución.

A mi Directora de Tesis quien con su sapiencia supo inculcar en mí, aprendizajes nuevos y guiar este último paso para ser una gran Psicóloga.

Como no agradecer a la Brigada de Fuerzas Especiales N° 9 "Patria" en la Escuela de Fuerzas Especiales "Cap. Alejandro Romo Escobar", quien me vio crecer como profesional, en donde adquirí gran parte de experiencia y conocimientos, lugar que me brindo profesionalismo, amistades y sobre todo aprender a ser grande en la vida con sus frases inolvidables "EL QUE SE ATREVE VENCE" y "SOLO VENCIENDOTE VENCERÁS", las mismas que han sido de motivación.

El agradecimiento a las instituciones que me permitieron investigar IESS-Latacunga y Clínica Continental y por medio de estas a los profesionales que me ayudaron con la recolección de los datos, sin ellos no hubiera sido posible.

Un Gracias de corazón a todos.

Anita

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	
Certificación	ii
Acta de cesión de derechos de tesis de grado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Resumen	ix
1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
Capítulo 1	3
2.1 Conceptualización del estrés	4
2.1.1 Antecedentes del estrés	4
2.1.2 Desencadenantes del estrés	6
2.1.3 Tipos de estresores (Psicosociales, Biogénicos, Internos y Externos)	6
Estrés Laboral	8
2.1.4 Moduladores del estrés	9
2.1.5 Consecuencias del estrés	10
2.1.6 Medidas Preventivas y Control del estrés	12
Capítulo 2:	13
2.2 Conceptualización del Burnout	13
2.2.1 Definición del Burnout	13
2.2.2 Delimitación histórica del Burnout	14
2.2.3 Poblaciones propensas al Burnout	16
2.2.4 Fases y desarrollo del síndrome de Burnout	17
2.2.5 Características, causas y consecuencias del Burnout	18
2.2.6 Modelos explicativos del Burnout	19
2.2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout	21
2.2.8 Afrontamiento y prevención del burnout en los profesionales sanitarios	22
Capítulo 3	23

2.3 Conceptualización de las variables de investigación	23
2.3.1 Burnout y la relación con variables socio-demográficas y laborales	23
3.3.1.1 Variables de riesgos y protectoras	23
3.3.1.2 Motivación y satisfacción laboral	24
3.3.1.3 Investigaciones realizadas	25
2.3.2 El burnout y la relación con la salud mental	26
3.3.2.1 Definiciones de salud mental	26
3.3.2.2 Salud mental y estrés	26
3.3.2.3 Síntomas somáticos	27
3.3.2.4 Ansiedad	27
3.3.2.5 Insomnio	27
3.3.2.6 Disfunción social en la actividad diaria	28
3.3.2.7 Tipos de depresión	28
3.3.2.8 Investigaciones realizadas	30
2.3.3 El Burnout y el afrontamiento	30
3.3.3.1 Definición de afrontamiento	30
3.3.3.2 Teoría de afrontamiento	31
3.3.3.3 Estrategias de afrontamiento	31
3.3.3.4 Investigaciones realizadas	33
2.3.4 El Burnout y la relación con el apoyo social	33
3.3.4.1 Definición de Apoyo Social	33
3.3.4.2 Modelos explicativos del Apoyo Social	34
3.3.4.3 Apoyo social percibido	35
3.3.4.4 Apoyo social estructural	35
3.3.4.5 Investigaciones realizadas	36
2.3.5 El burnout y la relación con la personalidad	37
3.3.5.1 Definición de personalidad	37
3.3.5.2 Tipos de personalidad	38
3.3.5.3 Patrones de conducta y personalidad	39
3.3.5.4 Locus de control	41
3.3.5.5 Investigaciones realizadas	41
4. Metodología	43

Contextualización	43
Diseño de la investigación	46
Objetivos	46
Generales	46
Específicos	46
Población	47
Instrumentos	47
Recolección de datos	51
5. Resultados	53
6. Discusión	85
7. Conclusiones y recomendaciones	91
8. Bibliografía	94
9. Anexos	98

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación muestra los factores de riesgo a los que están expuestos los profesionales de la salud, entre ellos y principalmente el denominado Síndrome de Burnout o Síndrome de estar quemado.

Este trabajo de investigación se desarrolló con el objetivo principalmente de identificar la presencia de Burnout en los profesionales de la salud de la Clínica Continental e IEESS Latacunga y los factores de riesgo; para conseguir el objetivo planteado se tomó una muestra de 19 médicos y 15 enfermeras, a los cuales se les aplicó seis cuestionarios:

El cuestionario sociodemográfico, el (MBI) Maslach Burnout Inventory, el cuestionario de salud general, cuestionario de afrontamiento, el cuestionario de apoyo social y el de personalidad. Estos instrumentos nos ayudaron a determinar si existe o no la presencia del síndrome en este grupo de profesionales y factores asociados al síndrome. Posterior a los estudios realizados se llega a la conclusión de que existe Burnout en el grupo de médicos por la alta despersonalización, el agotamiento emocional y la depresión..

1. INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud tanto médicos como enfermeras, tienen una ardua labor ya que día a día prestan la atención integral, personalizada y continua de las personas, el grupo familiar y la comunidad, por lo tanto debe estar en la capacidad de manejar patologías, sabiendo derivar al especialista y de tal manera estar preparado para trabajar en conjunto con otras instituciones de la comunidad.

Con esta pequeña introducción de la labor de los profesionales con los que se trato en esta investigación, tenemos un esbozo del trabajo arduo, responsable y presionante al que día a día se enfrentan; lo cual son factores que desencadenaran una serie de situaciones que les pueda producir estrés, lo que es más preocupante adquirir el síndrome de Burnout, además de contraer ansiedad, frustración, depresión, etc.

El estrés es un síntoma habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo. Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas.

El estrés es causante de efectos devastadores en la salud de una persona, esto a causa de diversos factores biológicos y psicológicos que se presentan; sin embargo, el estudio sobre la naturaleza del estrés laboral llamado Síndrome de Bornout también es importante y ha suscitado algunas nuevas cuestiones relevantes durante los últimos años, el ambiente más propicio para su desarrollo es cuando los profesionales se encuentran desmotivados en su lugar de trabajo, las jornadas son y mal remuneradas.

Algunas de las características importantes para determinar presencia del síndrome son: agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal.

Es de vital importancia relacionarse con investigaciones en donde nos muestran que el personal de salud es vulnerable a adquirir dicho síndrome, para lo cual tomamos en cuenta las investigaciones Marzo 2009, en donde se aplicó una investigación a 11.530 profesionales de la salud residentes en España y América Latina, en donde se pudo constatar que la prevalencia de Burnout en este tipo de profesionales fue: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador, por profesionales, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1% y Enfermería del 7,2%.

Basados en aquellos argumentos, realizamos una indagación de la Identificación del Burnout en profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno. La presente investigación, se la realizó a 34 profesionales (8 médicas, 11 médicos y 15 enfermeras) de diferentes especialidades y lugares de trabajo, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: Cuestionario Socio demográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ28), La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; los mismos que se aplicaron en el Hospital del Seguro Social IESS –Latacunga y de la Clínica Continental, instituciones de salud, ubicados en el sector urbano de la ciudad de Latacunga, lo cual no permitió llegar a la conclusión que en estas instituciones de salud existe apenas un médico con presencia del síndrome, y los demás profesionales presentan rasgos de ansiedad y agotamiento pero no llega a existir despersonalización; las causas se deben a que los profesionales se encuentran en distintas condiciones de trabajo y el desarrollo personal contribuye al adecuado desenvolvimiento y ejercicio.

2. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1

2.1 Conceptualización del Estrés

2.1.1 Antecedentes del estrés

Porque es importante conocer acerca del estrés, sus orígenes, sus incidencias; bueno nos encontramos en un mundo tan acelerado, en donde no hay persona alguna que sufra del famoso estrés, ya sea por problemas personales, familiares o laborales, es por eso viajaremos un poco a través del tiempo para conocer sobre este famoso síndrome, quien lo descubrió y basado en que se lo denominó Estrés.

El Estrés es considerado descubierto por el científico Dr. Hans Selye, en 1935, de la Universidad McGill de Montreal, quien hizo un descubrimiento accidental que lo lanzó a una carrera que duraría toda su vida y que le hizo concebir la idea de la reacción general de alarma. Selye, tratando de descubrir si había otra hormona sexual, encontró tres cambios consistentes en todas las ratas estudiadas: aumento en el volumen de las glándulas suprarrenales, órganos linfáticos encogidos y úlceras gastrointestinales sangrantes. Eventualmente, concluyó que estos tres cambios eran un síndrome de lesión. Sabemos que el estrés siempre ha existido en nuestro mundo. Es tan antiguo como el mismo ser humano. En otra época, el objetivo de la reacción del cuerpo ante el estrés era movilizar los recursos energéticos del ser humano para poder prepararle al esfuerzo físico y permitirle responder al peligro mediante la lucha o con la huida. Las causas del estrés eran el hambre, frío y necesidad para defenderse. Sin embargo, no fue sino en este siglo en el cual se descubrió el mecanismo psico-fisiológico del estrés. Según Hans Selye en el año de 1936: "El estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga. Dicha respuesta puede ser de tipo psicológica o fisiológica. La demanda se refiere a la causa del estrés. Según la literatura científica, el estrés implica cualquier factor que actúe internamente o externamente al cual se

hace difícil adaptar y que induce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de él mismo y con su ambiente externo. (Lopategui, 2012)

La Organización Mundial de la Salud (1.994), define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción. Lazarus y Folkman definen (1.986): estrés es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno. Evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tareas, roles interpersonal y físico; y pone en peligro su bienestar. (Rincón Acosta & Rendón Clavel, 2009)

Podemos definir al estrés como estrés positivo y estrés negativo dependiendo de cada una de las situaciones en que una persona se encuentre.

Definición de Estrés Positivo (EUSTRÉS)

La demanda externa que hace que la persona sufra cambios se hace en armonía, es decir si las respuestas son adecuadas al estímulo o para explicarlo de otra manera, si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto, se habla de “**Eustrés** o buen estrés, indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del organismo y la adaptación al medio. Este tipo de estrés, representa aquel estrés donde el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa. La persona se manifiesta con placer, alegría, bienestar y equilibrio. La persona con estrés positivo se caracteriza por ser creativo, con ganas de satisfacer ante el estresor. Es así que la persona puede manifestar y expresar su talento especial como así también su imaginación e iniciativa. (IDONEOS, 2012)

Definición de Estrés Negativo (DISTRÉS)

Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al **Distress** o mal estrés. Cada factor de estrés tendrá por supuesto, una respuesta específica de acuerdo al agente causal, pero estará siempre acompañado

por una respuesta complementaria biológica y común a todos esos factores y por lo tanto no específica, es decir, independiente del tipo de factor causante y que se traduce por un conjunto de cambios y de reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general. (IDONEOS, 2012)

2.1.2 Desencadenantes del estrés

Tomando como referencia lo citado en el libro de González M. (2009), “El síndrome de agotamiento profesional”, menciona que los elementos desencadenantes del estrés pueden ser a través de estímulos externos e internos, de origen físico o químico, acústico o somático, sociocultural directa o indirectamente que propicie la desestabilización en el equilibrio del organismo, que a pesar de todos los cuidados que uno pueda tener en lo que se refiere a salud nadie está exento a enfrentarse a una situación que desencadena una serie de comportamientos personales y es por eso que las causas se originan por la respuesta de nuestro organismo a estímulos externos o internos, estos pueden ser de forma directa o indirecta y ocasionan en nosotros desbalances o alteraciones. De esta manera, existen varios factores de estrés que son los más comunes y que eventualmente son los que más daño causan. Entre las fuentes externas que más nos afectan están los cambios importantes de la vida, las relaciones personales o de pareja, las familiares, las laborales o el incremento de trabajo, los problemas económicos y la falta de tiempo. Los factores internos que generan estrés son las enfermedades, el pesimismo, la falta de confianza, el perfeccionismo y el confinamiento a espacios pequeños. Finalmente, existen situaciones o fuentes clave que son las que más estrés podrían provocar. La muerte de un ser querido es una de ellas, el divorcio, ser despedido del trabajo, problemas sexuales, vencimiento de una deuda económica, estar sometido a demasiada presión o simplemente estar expuesto a ruidos molestos.

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

Valiente, R. (2010), manifiesta que los tipos de estresores pueden:

- **Los estresores únicos o internos**, que hacen referencia a cataclismos y cambios dramáticos en las condiciones en el entorno de vida de las personas, y que habitualmente afectan a un gran número de ellas. Son sucesos altamente traumáticos bien por su intensidad, bien por comprometer la integridad o la dignidad de la persona o la de sus familiares. La característica esencial de dichos fenómenos es el efecto traumático físico y psíquico cuyas consecuencias se mantienen en el tiempo de forma prolongada.
- **Los estresores múltiples**, que afectan solo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y que se corresponden con cambios significativos y de trascendencia vital para las personas. Los estresores múltiples son acontecimientos inherentes a la propia existencia pero que con frecuencia se hallan fuera del control del individuo. Son por ejemplo la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, las enfermedades, la vida conyugal, la paternidad, las relaciones interpersonales, el ámbito laboral, situaciones ambientales, el ámbito económico, las cuestiones legales, el desarrollo, las lesiones o enfermedades somáticas y otros tipos de estrés psicosociales, sufrir una persecución o un embarazo no deseado. Estos estresores son más bien propios de los adultos, no obstante los niños y adolescentes también pueden sufrir algún tipo de estrés debido a otros estresores relacionados con sus situaciones vitales. Las relaciones hostiles en el seno de la familia, la enfermedad física o mental de algún familiar, la falta de estimulación cognitiva y social, desmembramiento del núcleo familiar, son situaciones que pueden acarrear estrés entre los más jóvenes. Los estresores múltiples actúan cambiando los patrones de comportamiento automatizados y manteniendo las respuestas de estrés que se produce una acomodación a las nuevas condiciones
- **Los estresores cotidianos o externos**, cúmulo de molestias y alteraciones en las rutinas cotidianas. Los estresores cotidianos son aquellos acontecimientos que dándose habitualmente pueden llegar a irritarnos en un momento dado. Los atascos, la pérdida o rotura de

objetos, las decepciones y las discusiones son algunos de los ejemplos de este tipo de estresores. Su poder estresor reside en su impredecibilidad que genera una alta incertidumbre hecho que junto con la falta de recursos o información para resolver la situación hace el sistema que la analiza se sature. Son responsables de un mayor porcentaje de procesos de estrés que los atribuidos a los estresores únicos y múltiples.

- **Los estresores biogénicos**, mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos. Everly plantea una diferenciación en los desencadenantes del estrés:

a) los estresores psicosociales: La mayoría de los estresores a los que nos enfrentamos, sucesos medioambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para elicitar la respuesta de estrés. Precisan de la participación de un proceso de valoración cognitiva.

b) los estresores biogénicos: Actúan directamente sobre el organismo desencadenando la respuesta de estrés. Trabajan directamente en los núcleos elicidores neurológicos y afectivos sin que sea necesaria la valoración cognitiva. Son característicos entre este tipo de estresores las sustancias químicas (anfetaminas, nicotina, etc.) y los factores físicos, como los estímulos que provocan el dolor, el calor o frío extremo.

2.1.4 Estrés laboral

El estrés es la respuesta a una serie de estímulo que aparecen en el organismo de una persona es así como el estrés laboral aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control (Banchs, González & Morera, 1997). Según Peiró, 1992 el estrés laboral desencadena cambios en: la percepción, las respuestas emocionales y afectivas, la apreciación primaria y secundaria, las respuestas de afrontamiento. (Artículo, Sin estrés, 2012)

Según el artículo publicado sobre estrés laboral en la página de Psicología virtual (Virtual, 2012), para llegar a las exigencias que superan el límite de las personas hay factores que desencadenan al estrés laboral como son:

- Sobrecarga en el trabajo
- Relaciones Interpersonales
- Conflicto de roles

La manifestación del estrés varía de acuerdo a la persona y puede implicar consecuencias médicas, psicológicas y conductuales. El impacto de situaciones estresantes sobre el bienestar físico y mental del individuo puede ser substancial o extremo como es el caso del suicidio o arritmias cardíacas.; los cambios conductuales que pueden presentarse por el aumento de los niveles de estrés, abarcan estados de nerviosismo, decaimiento corporal, tensión física, problemas cardíacos. El estrés laboral individual una vez presente en el ambiente de las diferentes áreas de una organización, tendrá consecuencias que afectarán negativamente a la misma. (Quick y Quick, 1984) establecen dos tipos de consecuencias (Virtual, 2012):

- Directas: Ausentismo laboral, tardanzas y retraso en el trabajo, rotación de personal, poca membrecía y participación;
- Indirectas: Cantidad de la productividad, calidad de la productividad, accidentes, equipos, maquinarias averiadas y demoras en su reparación, desperdicio o sobre-utilización de la iniciativa y la creatividad.

2.1.5 Moduladores del Estrés

Los moduladores del estrés son una serie de ayudas paliativas, por las desagradables consecuencias del estrés presentes en una persona, 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 las tensiones tanto físicas como emocionales, también originan una importante angustia emocional. A menudo no sabemos cómo guiar estas tensiones, resultando susceptibles de enfermarse si no lo conseguimos. La expresión de emociones resulta un recurso básico y fundamental para evitar importantes problemas psíquicos posteriormente. De igual forma ocurre con la activación fisiológica excesiva, si no encontramos mecanismos compensadores adecuados es probable que todas esas tensiones diarias nos terminen afectando. Ahí es donde entran este tipo de recursos paliativos antiestrés. (Casas, Elisenda; Daniel Montserrat; Espunay, Carolina y Frenández Pilar, 2012)

Algunos moduladores del estrés pueden ser (Artículo, Innatia, 2011):

- Vulnerabilidad del Estrés
- Autoestima
- Personalidad
- Apoyo Social
- Estilo de Afrontamiento

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

Desde mi aporte personal, una vez analizado el tema de estrés puedo definir que nuestro organismo es generador de cambios, y en el momento que se genera estrés, las señales que el cerebro envían a las secreciones hormonales, la producción es de tal manera que desencadena varias reacciones en el cuerpo; las reacciones que se generan en positivo son aquellas que nos alertan del peligro y evitan el contraer estrés; pero cuando es constante la fatiga y afecta la salud de una persona el estrés produce ácidos estomacales los cuales desencadenan enfermedades que afectan nuestro sistema gastrointestinal y por ende nuestro funcionamiento óptimo en la vida cotidiana.

Según el artículo publicado en la página web de Crecimiento y Bienestar Emocional (Artículo, Crecimiento y Bienestra Emocional, 2012) las posibles consecuencias pueden ser:

- Ansiedad.
- Cansancio, agotamiento o pérdida de energía.
- Dolor en la espalda.
- Estreñimiento o diarrea.
- Depresión.
- Dolores de cabeza.
- Presión sanguínea alta.
- Insomnio.
- Sensación de falta de aire
- Caída del cabello.
- Tensión en el cuello.
- Malestar estomacal.
- Subir o bajar de peso.
- Cambios de humor.
- Presión de dientes o mandíbula.
- Tomar más alcohol, tranquilizantes u otras drogas.
- Fumar más.
- Disminución de la autoestima.
- Problemas en sus relaciones con los demás o en el trabajo
- Problemas en diferentes áreas de la vida.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Cambios en el estilo de vida, sin razón aparente.
- Propensión a tener accidentes.
- Enfermedades como: Gripa, gastritis, colitis, úlceras, migraña, contracturas musculares, artritis, alergias, asma, diabetes mellitus, infartos, cáncer, etc.

2.1.7 Medidas preventivas y control del estrés.

Es muy importante tomar ciertas pautas de prevención como tal, y así mismo como tratamiento en caso de un posible diagnóstico con estrés. La aplicación de las diferentes técnicas se requiere de un profesional para recomendar las más adecuadas para cada persona y asegurarse la correcta aplicación.

Es necesario prevenir la aparición de este síndrome aplicando conductas saludables, como por ejemplo: un buen estado físico, una dieta adecuada, descanso adecuado, una gestión de tiempo organizada, reconocerse uno mismo, no estar muy pendiente de aspectos secundarios como salarios, tiempo; que producirán tensión, la alimentación tiene que ser balanceada, no excederse del tabaco, café o alcohol, hacer ejercicio, tener un apoyo social, buscar un confidente que sepa nuestros problemas y alegrías, ser siempre optimista, reír es la mejor forma de alejar el estrés, no buscar la perfección a las cosas o situaciones que se presente por temor al fracaso, no tener rencores, mucho menos sentirse culpable, es necesario tener un equilibrio tanto en la parte emocional, física y mental, para de esta manera evitar adquirir estrés. (León, 2008)

CAPITULO 2.

3.2 Conceptualización del Buronut

3.2.1 Definiciones del Burnout

Al término Burnout según la traducción a este término anglosajón significa “estar o sentirse quemado” y se lo resume como el “síndrome de estar quemado, estrés laboral, agotamiento emocional, etc.” esas definiciones según varios autores que a continuación detallaremos.

Como científico pionero en definir el término Burnout fue el psiquiatra estadounidense Herber Freudenberger en el año de 1974 definiendo al síndrome como “Un estado de fatiga o frustración producido por la devoción a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”. (Alonso, 2004)

Freudenberger en el año de 1980, lo re define como “un estado de fatiga y de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”.

Luego investigaciones de Maslach en el año de 1976, lo define como “pérdida de responsabilidad profesional”. Elaborado en el año de 1981, el Maslach Burnout Inventory (MBI), presentan esta batería de medición a la que se lo conoce desde esa época hasta la actualidad como el modelo teórico más aceptado y consistente, ya que fue de base para los estudios de Philip Zimbardo, en los temas de despersonalización y deshumanización.

Otras investigaciones de Brillen 1984, define como estado disfuncional relacionado con el trabajo de una persona que no padece alteraciones psicopatológicas.

Con todas estas investigaciones y más en 1986 Maslach y Jackson redefinen al Burnout como “síndrome de agotamiento emocional con despersonalización y deshumanización que aparece en un profesional que trabajan con personas”; además lo describían como “una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actividad fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar”.

Los investigadores más actuales Pines y Aronson en 1998, generalizan el término como “estado de agotamiento emocional, físico y mental producido por el involucramiento crónico de trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. (Jenniffer Dávila y Paola Romero, 2010)

Analizando todas estas definiciones sobre el término Burnout en lo personal puedo definir al síndrome como un estado inadecuado para desenvolverse en el ámbito laboral, ya sea por la despersonalización, agotamiento emocional y deshumanización.

3.2.2 Delimitación histórica del síndrome de burnout

El término burnout es un anglicismo usado en la sociedad británica en la jerga deportista, partir de los años 70, en donde se hicieron estudios sobre el síndrome de burnout, ya que investigadores preocupados de la salud profesional sobre todo con personas que tienen trabajos demasiado exigentes; los conocimientos empezaron en el ámbito deportivo por los años 80, para explicar sobre los males que afligían a los deportistas, ya que presentaban agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal, lo que les daría como resultados la disminución progresiva de los niveles de rendimiento, ocasionando el retiro de la práctica deportiva, más tarde se crearon modelos teóricos con la finalidad de explicar los parámetros del síndrome.

Según Torres Gómez Cádiz (1997) refiriéndose al diccionario de la Real Academia Española, el término significa “quemar (se)” haciendo referencia a impacientarse o

desazonar a uno, gastarse, quedarse sin recurso o posibilidades en una actividad, y sobrequemazón: Desazón moral por un deseo no logrado”.

El término fue utilizado por primera vez en 1974 por Freudenberger, como descripción del agotamiento que sufrían los trabajadores de los servicios sociales, “debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos”.

Maslach en 1977, dio a conocer de manera pública en el Congreso Anual de la APA, describiendo un fenómeno de agotamiento de los trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para las personas. Maslach y Jackson dieron una definición más acertada desde una perspectiva psicosocial, estudiaron e identificaron las distintas condiciones del trabajo que conducen al estrés “pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización” y recientemente se lo definió como “un tipo de respuestas prolongada debido a estresores emocionales e interpersonales crónicos debido al trabajo” (Kleiber y Enzmann, 1990; Sxhaufeli, Maslach y Marek, 1993; Maslach, 1999). (Maicon Carlin; Enrique Garcés, 2010)

Maslach y Jackson (1977) identificaron tres aspectos importantes en la detección del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. Según Maslach distingue dos momentos en la discusión del término burnout la fase pionera dirigida a los profesionales específicos, describiendo situaciones personales y colectivas dando estrategias de intervención. Sin embargo más de 25 años han transcurrido los estudios sobre el burnout, y todavía no existe una postura definitiva para su conceptualización, por la variabilidad de constructos y variables de cada grupo profesional estudiada. Son muchos los autores que han definido mencionado síndrome desde diferentes puntos de vista.

Jenkins y Calhoun en 1991 definieron al burnout como consecuencia del estrés prolongado, reflejando la acumulación de reacciones de estrés y connotación de fenómeno contagioso. Cada vez son más los autores con posturas investigativas y multifactoriales, dan modelos de explicación a este fenómeno; y a lo largo de la

historia para el término existen numerosas dudas de su validez, por ser un tema de reciente aparición y no es muy difícil confundirlo con otro tipo de fenómeno. (Elvira, 2006)

3.2.3 Poblaciones propensas al Burnout

Según el punto de vista personal de esta investigación no es necesario tener una profesión específica para adquirir Burnout o estrés, este síndrome puede afectar a toda persona a la que se exige entrega, idealismo, compromiso, y servicio a su labor personal o profesional y más aún si la entrega es a otras personas.

Es así que según investigaciones de Francisco Alonso-Fernández, catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, establece una clasificación de las trabajadoras y trabajadores que sufren burnout: estrés de la competitividad (empresariado, directivos/as); de la creatividad (escritores/as, artistas, investigadores/as); de la responsabilidad y entrega (médicos/as, enfermeras/os); de las relaciones (servicios en contacto directo con las personas: profesorado, funcionarios/as, vendedoras/es); de la prisa (periodistas); del miedo (trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos). Sin embargo, se ha llegado a conclusiones de que son los profesiones asistenciales los más afectados por el desgaste. De esta opinión es Bernardo Moreno, quien indica que el burnout afecta principalmente a las profesiones asistenciales, y, de entre ellas, a dos: la docencia y la asistencia a víctimas (citado en Corsi). Ello se explica por los elementos del contexto y por las condiciones personales de quien presta el servicio. Los elementos del contexto se darían por el estado de necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste: mientras más intensas sean las demandas de esas personas y más alto su grado de dependencia del trabajo del especialista, existe mayor probabilidad de que el síndrome aparezca; a esto se agregan las condiciones físicas y sociales del trabajo. Respecto de las condiciones personales, el perfil de la persona más propensa al burnout se caracteriza por: una elevada auto exigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea, entre otros elementos. Ello hace decir a Jorge Corsi, experto argentino en violencia intrafamiliar, que tales personas organizan una

distorsión cognitiva, según la cual "*sólo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas tan bien*". Según otros investigadores, la insatisfacción marital, las relaciones familiares empobrecidas, la falta de tiempo de ocio y la ausencia de actividad física, junto con una insatisfacción permanente y sobrecarga laboral, son factores que también son asociados al síndrome de burnout (Modlin y Montes, citado en Corsi, 2000). En resumen, a estas personas, víctimas del síndrome de burnout, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse. El Burnout aparece principalmente en profesiones centradas en la prestación de servicios. (Salud, 2004)

Según los estudios realizados por diferentes investigadores en diferentes apartados, y tomando como referencia en artículo de Matilde Alonso 2010 las 3 profesiones más afectadas son:

1. La seguridad
2. La enseñanza
3. La asistencia sanitaria

3.2.4 Fases y desarrollo del Síndrome de burnout

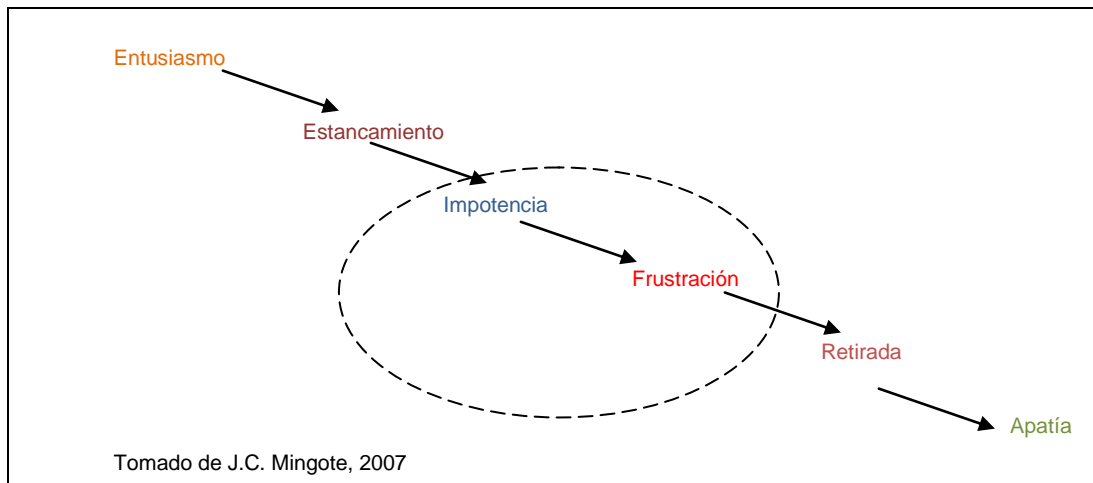
Hay diferentes autores que señalan entre 3 y 5 fases para el desarrollo del síndrome, tomaremos en cuenta la descripción de Hidalgo, M 2006, que tiene 5 fases el desarrollo del síndrome:

- A. Fase inicial de entusiasmo:** es la fase inicial de todo trabajador en donde comienza con entusiasmo su faceta laboral sin importar trabas que encontrará.
- B. Fase de estancamiento:** se presentan las primeras trabas, no se cumple con las expectativas profesionales, aparecen desequilibrios entre demandas y recursos.
- C. Fase de frustración:** la desmoralización, frustración o desilusión aparece, careciendo del sentido de trabajo, comienza a irritarse y provocar conflictos en el grupo de trabajo y la salud empieza a tener problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

- D. Fase de apatía:** aparece un afrontamiento defensivo ante los pacientes.
- E. Fase de quemado:** colapso emocional y cognitivo en especial con la salud, lo que puede hacer que el trabajador deje su empleo y arrastrar al paciente a una vida frustrante e insatisfactoria.

Un gráfico demostrativo puede ser de gran ayuda.

Figura N° 1



3.2.5 Características, causas y consecuencias del burnout

Según Almendro, C y De Pablo, R (2001) y Da Silva, F (2001) el Burnout hace que los profesionales posean las siguientes características:

- Desleal
- Negativo
- Irreversible
- Ofuscamiento en el trabajo
- Incomodidad en el trabajo
- Ambigüedad y conflicto de rol
- Inadecuado liderazgo
- Falta de participación en la toma de decisiones
- Desconocimiento de la estructura organizacional
- Discrepancia de objetivos institucionales

Si nos basamos en la conferencia dictada por la Dra. Sisy Castillo en las XIV Jornadas de Medicina Legal 2000, hay múltiples causas del síndrome de burnout, como por ejemplo: aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento, bajas expectativas de esfuerzo y altas expectativas de castigo, así como bajas expectativas para controlar los modos de conseguir refuerzos positivos en el desarrollo profesional o incluso se ha asumido el paradigma de la indefensión aprendida como explicación del fenómeno de burnout. El choque que experimentan los profesionales, al encontrar un sistema deshumanizado y despersonalizado al cual deben adaptarse, puede estar determinando, en gran parte, el comportamiento de estos profesionales, de tal forma que la prevalencia y expectativas no realistas acerca de los servicios humanos profesionales y la diferencia entre expectativas y realidad está contribuyendo en gran medida al estrés que experimentan estos empleados.

Por otro lado, cabe destacar, tal y como explican Maslach y Jackson (1981) que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de perturbación, frustración, temor o desesperación, la tensión o estrés resultante puede tener un efecto de "deseccación" emocional, que deja al profesional vacío y con burnout.

Las consecuencias pueden afectar la calidad de atención y comunicación tanto a pacientes como a miembros cercanos en su vida personal, falta de cumplimiento de la palabra, cometer errores que impliquen procedimientos legales llegando así a perder su licencia de profesional y seguir ejerciendo su carrera. Además otros anexos al adquirir burnout sería padecer de acoso psicológico (mobbing) o sexual (haressment). (Artículo, Psicología Online, 2012)

3.2.6 Modelos explicativos del burnout

Según diversa bibliografía hay diferentes teorías del Síndrome de Burnout:

- H. Freudenberger (1974) consideró al Burnout un proceso explicado por factores situacionales.
- Posteriormente, el Modelo interactivo del estrés de R. Lazarus y S. Folkman (1984) incluye los factores personales en la explicación del Burnout.
- Finalmente, el Modelo transaccional de C. Cherniss (1980) considera el sistema de afrontamiento de la persona un factor tan importante como los situacionales en la explicación del Burnout.

Según P. Gil-Monte y J.M. Peiró (1999) dentro de los modelos transaccionales o psicosociales existen 3 teorías sobre el desarrollo del S. de Burnout:

<u>TEORÍA SOCIOCOGNITIVA DEL YO</u>	<u>TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL</u>	<u>TEORÍA ORGANIZACIONAL</u>
La competencia y eficacia percibida en el desarrollo del Burnout. La mayoría de personas que empiezan a trabajar en profesiones asistenciales tienen alta motivación para ayudar a los demás. Cuando surgen factores que dificultan la consecución de objetivos (sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, ausencia de recursos, etc.) los sentimientos de auto-eficacia terminan originando el Síndrome de Burnout.	Las percepciones de falta de equidad/ganancia de las personas en el proceso de comparación social (cuando establecen relaciones interpersonales). Centrales en el desarrollo del Burnout. Cuando los profesionales asistenciales perciben de manera continuada que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y esfuerzo desarrollan sentimientos de Burnout.	Las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura y clima organizacional son centrales en el desarrollo del Burnout. Cuando las estrategias personales empleadas para afrontar estas organizacionales fallan acaba apareciendo el Síndrome de Burnout.

3.2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

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

1. Estrategias individuales: el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo, olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir. Aumentar y conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no creerse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

2. Estrategias grupales: fomentar por parte de los compañeros el apoyo social: los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda

3. Estrategias organizacionales: mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Como objetivos de estos grupos es importante la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del

conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable.

Es necesario ser preventivos usando condiciones centradas en medidas de selectividad, orientadas a evitar a personas con características personológicas y motivacionales poco idóneas; propuestas que contribuyan a detectar y superar las dificultades del ejercicio profesional; modalidades orientadas a facilitar periodos de readaptación laboral y reequilibrio psíquico.

3.2.8 Afrontamiento y prevención del burnout en los profesionales sanitarios

Según H. Freudenberger (1975) recomienda:

1. Limitar el número de horas de trabajo
2. Descansos adecuados
3. Alternar el trabajo clínico y no clínico
4. Evitar los trabajos repetitivos
5. Promover el trabajo en grupo
6. Compartir experiencias emocionales
7. Plantearse objetivos realistas
8. Promover ejercicio físico y actividades de ocio

Según J.C. Mingote (2007) la única vacuna contra el S. de Burnout es EL APRENDIZAJE. Los profesionales sanitarios deberían inmunizarse frente al Burnout con diferentes dosis:

1ªDOSIS: Durante la licenciatura/diplomatura adquiriendo competencias científico-técnicas y psicosociales sobre los factores de riesgo.

2ªDOSIS: Durante la residencia, con técnicas de prevención.

DOSIS DE RECUERDO: Durante la carrera profesional, con la formación continua.

CAPITULO 3

3.3. Conceptualización de las variables de la investigación

3.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

La relación con los datos sociodemográficos podemos anclar que el síndrome es más propenso en el sexo masculino dependiendo el área laboral tal es el caso de médicos en áreas donde existen pacientes con alto riesgo de muerte o como es el caso de emergencia, lugar en donde llegan pacientes con distintas patologías no solo enmarcadas en riesgo de muerte sino con diagnósticos leves que sin no están bien diferenciados si puede desencadenar otra enfermedad más complicada. La edad, sexo, género, estado civil, satisfacción laboral, personal con el que se relaciona, número de horas laboradas y con desequilibrios pueden llevar a adquirir burnout; por eso es que se toma como referencias estos datos socio demográficos que según varias investigaciones consultadas acotan que los jóvenes de sexo masculino, solteros, sin una vida social totalmente activa pueden adquirir el síndrome en edades muy jóvenes. Pero no solo en referencia a lo expuesto podemos generalizar ni dejar de preocuparnos por profesionales en edad adulta, los años de experiencia la presión a estar más actualizados producen un desequilibrio tanto emocional y laboral como para ser parte integrante de este preocupante síndrome. (Doris, 2005)

3.3.1.1 Variables de riesgo y protectoras

Para adquirir burnout los tres principales factores como variables de riesgo son: Despersonalización, Realización personal y Agotamiento emocional, con estos principales factores se desencadena una serie de síntomas que al ser alterados, pondrán en riesgos a una persona, la depresión, la falta de apoyo en el ámbito

familiar y social, el estado de salud, la personalidad son variables que pueden ser desestabilizados para producir burnout. (Pablo, 1998)

Puedo concluir que las variables protectoras serían la motivación personal y laboral, que dará como consecuencia una satisfacción, que a esta se llegará midiendo los grados elevados o bajos de las variables de riesgos. Es necesario además mencionar que como protección esta la prevención y tratamiento adecuado; es decir buscar la atención debida con profesionales aptos a describir y recomendar técnicas adecuadas para cada una de las personas.

3.3.3.2 Motivación y satisfacción laboral

La motivación del trabajo es el conjunto de fuerzas internas y externas que hacen que un empleado elija una cura de acción y se conduzca de ciertas maneras. Las conductas se dirigirán al logro de una meta organizacional. Además la motivación es una combinación de fuerzas psicológicas en donde interviene la dirección y enfoque de la conducta, nivel de esfuerzo aportado y persistencia de la conducta. La motivación necesita descubrir y comprender impulsos y necesidades de los empleos. (Newstrom, 2007)

Con esa pequeña conceptualización de motivación en el trabajo, es necesario definir que dentro del ámbito laboral y personal, es muy importante la motivación y satisfacción de un ser humano no solo en el caso de los profesionales de la salud, sino de todo trabajador, además para que esto suceda deben ser los superiores o jefes inmediatos que identifiquen la desmotivación de los empleados enfocar el caso o necesidades para dar solución y no crear desestabilidad en la organización.

Satisfacción en el trabajo, es un conjunto de emociones y sentimientos favorables o desfavorables que tiene un empleado hacia su actividad laboral, en el trabajo satisfacción es una sensación de gustos o disgusto por algo, estos sentimientos de satisfacción son diferentes en cada uno de los individuos. Además genera satisfacción grupal el estado de ánimo. (Newstrom, 2007)

La satisfacción viene ligada a la motivación, en la organización existen personas preocupadas por el desarrollo económico y social de la mismas; pero debe primero que potencializar al capital humano como parte inicial del proceso e identificar casos de insatisfacción laboral o personal, esto puede dar como resultado a un creciente absentismo, rotación de personal y otras conductas indeseables.

3.3.3.3 Investigaciones realizadas

Según una investigación en España en una empresa de grúas torre sobre la motivación y satisfacción laboral, concluye el investigador (MENÉNDEZ, 2011) que los aspectos motivadores que encuentran los operarios de grúa torre en su oficio son:

- El salario como objetivo fundamental, la responsabilidad y el orgullo de realizar bien el trabajo y ver que son una pieza clave del proceso edificatorio, y el reconocimiento de los demás, es decir, el sentirse valorados.
- Los aspectos desmotivadores de la vida laboral de los gruistas son: el momento de mala relación entre compañeros, los accidentes laborales (verse implicado en uno indirectamente genera desconfianza sobre sí mismo), los aspectos meteorológicos, la presión laboral y el estrés, y la realización de tareas no asignadas al oficio (factor en aumento con la crisis).
- La satisfacción laboral se consigue a partir de: ser personal cualificado (implica mejor sueldo, menor esfuerzo físico y mayor liderazgo), tener un puesto de trabajo poco rutinario, con muchas relaciones sociales, impredecible y que cada día es diferente al anterior, y el gozar de autonomía para organizar su jornada laboral y de un mayor grado de independencia en relación a los demás oficios

3.3.2 El burnout y la relación con la salud mental

3.3.2.1 Definiciones de salud mental

No hay una definición única de lo que es la salud mental, sino se la ha comprendido por el significado, haciendo referencia a su significado, es así que partimos de los cinco componentes que propuso Warr (1987) que son: bienestar afectivo en dimensiones del placer y la activación, competencia, afrontamiento a la presión, autonomía, capacidad de resistencia a influencias, aspiraciones, establecerse metas y esforzarse por conseguir una alta motivación, funcionamiento integrado que es el componente final más difícil de definirlo ya que se refiere a la persona como un todo, con equilibrio, armonía y relación interna. (MUCHINSKY, 2002).

Para un bienestar personal es importante tener, la salud mental y física en buen estado, podemos definir también a la salud mental como estado de bienestar, el mismo que hace que un individuo cumpla con sus habilidades, afrontamiento al estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a su comunidad.

3.3.2.2 Salud Mental y el Estrés

Desde un punto de vista personal es importante el buen estado de la salud mental, ya que como este es el recurso óptimo para podernos realizarnos como personas y como profesionales; y siendo el estrés algo normal que se nos presenta en la vida, la salud mental será como un medio de prevención a contraerla, los problemas de la salud mental relacionados con el estrés serán causantes de daño a la sociedad. No hay grupo humano exento al riesgo de sentir estrés por ser pobres, no tener casa, sin trabajo, sin educación, por experimentar violencia. Hay una relación trilogica de salud mental, la física y la social, pero para la mayoría de personas es un tema ignorado.

3.3.2.3 Síntomas somáticos

El término “somático” procede de un vocablo griego que significa “corporal”, y se refieren a procesos psíquicos que tienen influencia y efectos en lo corporal, con origen en procesos emocionales. Los niveles altos de presión, nerviosismo, ruborizarse, sentir vergüenza y sentir el estrés son resultados somáticos. (Archivo, 2008)

3.3.2.4 Ansiedad

El término ansiedad viene del latín anxietas, el mismo que traduce conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Ansiedad no se la define como patología se refiere más bien a una emoción; cuando se presenta ansiedad, la percepción aumenta y en caso de volverse patológica se convierte en trastorno y generará huir o luchar. (Goldman, 2007)

Estudios realizados por psiquiatras, manifiestan que la ansiedad es buena, en ciertos casos, ya que están inmersos en la formación del carácter, intelectualidad, creatividad. Es importante tratar este síntoma para reducir el miedo al futuro es la causa de las personas que experimentan ansiedad. (Velásquez, 2011)

3.3.2.4 Insomnio

Según el artículo de Terra (Terra.es) define al insomnio como un síntoma de no poder dormir, dormir poco o dormir mal durante un periodo de 7 días, durante este periodo el individuo tiene dificultades de conciliar el sueño, mantener el sueño, tener periodos excesivamente cortos de sueño. Se lo considera además como un trastorno que sufren los humanos y al cual se lo medica con hipnóticos, y se hace progresivo con la edad.

El insomnio tiene varios tipos que pueden ser:

- **Insomnio Ocasional.-** Resultado de situaciones preocupantes, lastimosas o de alegría. Este se liga a las personas que tienen estrés.
- **Insomnios Crónicos.-** Tiene una duración de semanas, meses incluso años y es necesario de administrar medicación este tipo de insomnio se debe a diferentes orígenes que genera el organismo como son origen psicológico, por tener Trastornos Psiquiátricos Mayores (Ansiedad, Depresión), a enfermedades orgánicas.
- **Insomnio Absoluto.-** Pérdida total de conciliar el Sueño. No es muy común este tipo de insomnio.
- **Agnosia del Sueño.-** Proviene de un término griego que significa a “no” y gnosis “conocimiento”, lo que traduciría a este tipo de insomnio desconocimiento del sueño, es decir el individuo cree no dormir nada durante meses o años y no siente cansancio o deseos de dormir, pero en estudios realizados este tipo de sueño el individuo no esta consiente de haber dormido.

3.3.2.5 Disfunción social en la actividad diaria

Según Definición ABC (ABC, 2007), define a la disfunción social como una alteración en el funcionamiento, una anormalidad en el cumplimiento, generando un desorden en las actividades con un entorno en desequilibrio. Una disfunción social es atentar contra un sistema que afecta el buen funcionamiento del mismo.

Como aportación personal puedo definir que una persona que se vuelve disfuncional en el trabajo o en el ámbito familiar, genera problemas en las actividades diarias, ya que no funciona de manera adecuada en su puesto de trabajo y esto genera que el resto de personal a su entorno sufra de desequilibrios.

3.3.2.6 Tipos de depresión

Para conocer sobre los tipos de depresión primero haremos una pequeña introducción sobre que es la depresión para de esta manera poder entender a los tipos de depresión que una persona puede enfrentar.

Depresión proviene de un latín “*depressio*” que, a su vez, procede de “*depressus*” que significa “abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno. (<http://definicion.de/depresion/>)

Los síntomas que desencadenan este estado son: ánimo irritable, desmotivado, insomnio, alteraciones en la alimentación, estrés, sentimientos de soledad, de culpabilidad, desesperanza y pensamientos suicidas. De ahí que se derivan los diferentes tipos de depresión que detallaremos a continuación:

- **Trastorno Depresivo Mayor:** Según código del DSM IV se lo conoce CIE-10: F32, F33; el cual lo describe con períodos de al menos 2 semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- **Distimia:** Según código del DSM IV se lo conoce CIE-10: F34.1; el cual lo describe con, depresión crónica la mayor parte del tiempo durante al menos 2 años. Los síntomas depresivos son menos graves y prolongados. Los periodos de distimia pueden alternarse con breves periodos de normalidad. La distimia pone a la persona en riesgo para desarrollar una depresión mayor.
- **Trastorno Bipolar:** Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Criterios codificados según el tipo de trastorno bipolar que presente la persona: F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0), F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco (296.40), F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (296.4), F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6), F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5), F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (296.7), F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)

- **Depresión posparto:** muchas mujeres se sienten deprimidas después de tener el bebé, pero la verdadera depresión posparto es poco común. (Depresión)

Desde un punto de vista profesional como psicólogo, en cada uno de estos tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas de la depresión varían y al presentar alguno de estos tipos de depresión es necesario buscar la ayuda adecuada, para no agravarse, ya que los periodos depresivos en casos crónicos pueden llevarle a un suicidio es por eso que existen tratamientos biológicos recetando antidepresivos tricíclicos, o a su vez con tratamiento psicológico con técnicas conductuales y cognitivos.

3.3.2.7 Investigaciones realizadas

Investigaciones sobre salud mental y estrés, han revelado que la reducción de la autorregulación perjudica al bienestar psicológico (Murphy, Hurrell y Quick, (1992). Las organizaciones en los últimos años han tratado de focalizarse más en el tema. Los costos de salud mental en Estados Unidos superan los 500.00 millones de dólares, de los cuales las empresas pagan aproximadamente la mitad. El costo anual de las enfermedades relacionadas con el estrés para economía de Estados Unidos se calcula en 150.00 millones de dólares (Joure, Leon, Simpson, Holley y Frye, 1989). Es más barato fomentar una conducta sana que pagar los costos asociados con desalentarla. (MUCHINSKY, 2002)

3.3.3 El burnout y el afrontamiento

3.3.3.1 Definición de afrontamiento

Afrontamiento es definido como un esfuerzo cognitivo o conductual frente a un estímulo, tal es el caso del estrés, aprende a manejar los estresores internos y externos. En ocasiones se ha incluido los mecanismos de defensa entre los recursos de afrontamiento del estrés. Los recursos de afrontamiento del individuo se forman por pensamientos, reinterpretaciones, conductas, que el individuo desarrolla

para conseguir los mejores resultados en una determinada situación. (Pisaal.blogia, 2010)

3.3.3.2 Teorías de afrontamiento

Según el trabajo de Villant 1977, la teoría psicoanalítica de la psicología del yo, han dominado la teoría del afrontamiento así como también su medición. Sin embargo, los objetivos de medición a los que han sido aplicados estos modelos se han limitado por lo general a clasificar a los individuos para poder predecir la forma cómo afrontarían algunos o todos los acontecimientos estresantes con los que pudieran encontrarse. Esta aplicación del modelo psicoanalítico del yo da como resultado considerar el afrontamiento estructuralmente, como un estilo o un rasgo más que como un proceso dinámico del yo. Por ejemplo, una persona puede clasificarse como conformista o consentida, obsesivo-compulsiva o como supresora, represora o sublimadora (cf Loevinger, 1976; Shapiro, 1965; Vaillant, 1977).

3.3.3.3 Estrategias de afrontamiento

Podemos deducir que cada persona ser un ente diferente, las estrategias de afrontamiento no serán las mismas para todos, variaran dependiendo de la personalidad, contexto, conducta y situación a la que se presente es así que según Flórez (1999) *plantea que las estrategias de afrontamiento son mediadoras entre el estrés y las consecuencias de éste sobre el estado de salud, estableciendo dos vías por las que se pueden producir efectos negativos:*

1.- *El individuo pone en marcha conductas de afrontamiento ante el estrés que pueden resolver la situación pero le ocasionan consecuencias psicofisiológicas negativas. 754 Montserrat Andrés Villas et al. anales de psicología, 2012, vol. 28, nº 3 (octubre)*

2.- *El individuo pone en marcha estrategias ineficaces, que siguen manteniendo la situación de amenaza, ocasionando a largo plazo deterioros psicofisiológicos.*

Se puede adoptar las siguientes técnicas según el artículo publicado en conciencia y movimiento (Blogger, 2011):

- Confrontación
- Distanciamiento
- Autocontrol
- Buscar apoyo
- Aceptación de la responsabilidad
- Escape. Evitación
- Planificar soluciones
- Reevaluación positiva
- Pensamientos positivos (Esfuerzos activos, cognitivos, visualizar el problema)
- Búsqueda de apoyo social
- Búsqueda de soluciones
- Contabilizar las ventajas (se aproxima al problema comparándolo con una situación peor)

Los procedimientos cognitivo conductual contra es estrés pueden ser siguiendo a Meichenbaomy Novaco (1978) los componentes serían (Pilar, 2005):

- a) Auto descubrimiento guiado que evidencie la contribución de las cogniciones de la persona al malestar subjetivo
- b) Auto monitorización de la conducta desadaptativa
- c) Aprendizaje de habilidades de resolución de problemas
- d) Fomentar procedimientos de afrontamiento efectivos
- e) Ejercicios graduales que estimulen la aplicación a problemas de la vida real.
- f) Procedimientos de terapia de conducta que incluyen relajación, imaginación, y ensayo conductual cuando el trastorno puede repetirse.

3.3.3.4 Investigaciones realizadas

Algunas investigaciones sobre la psicofisiología del afrontamiento y la respuesta cardiovascular han sido realizadas por Obrist y sus colaboradores (1981), en particular en su trabajo sobre el concepto de afrontamiento activo, en contraste con el de afrontamiento pasivo, quien sugiere que el afrontamiento activo es un mediador importante en los cambios cardiovasculares regulados por el sistema nervioso simpático.

3.3.4 El burnout y la relación con el apoyo social

3.3.4.1 Definición de apoyo social

En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. Las principales son tomado de Gallar, 2006 (Universidad de Canabria, 2012):

a) Redes de apoyo social natural

- La familia.
- Amigos y allegados.
- Compañeros de trabajo.
- Vecinos.
- Compañeros espirituales

Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo

de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad.

b) Redes de apoyo social organizado

Organizaciones de ayuda al enfermo.

Seguridad Social.

Empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado.

Instituciones de acogida.

Organizaciones de voluntariado.

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

Es así que podemos reunir las características antes descritas en un lineamiento base de lo que es el apoyo social: red de actividades, interacciones y relaciones útiles que satisfacen necesidades importantes, es necesaria para un proceso eficiente de comunicación, que perciben los individuos de que son atendidos, estimados y apreciados. El apoyo social proviene de los miembros de la familia, supervisores de trabajos, colegas y amigos

3.3.4.2 Modelos Explicativos del Apoyo Social

Los modelos explicativos del apoyo social y salud, son: el modelo del **efecto directo**, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el **modelo del efecto** amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Estos modelos resultan de

conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador). Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cuál a su vez tiene consecuencias positivas para la salud. Es importante mencionar algunas implicaciones teóricas del modelo del efecto directo, que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés. (Roberto Castro, Lourdes Campero y Bernardo Hernández, 1997)

3.3.4.3 Apoyo Social Percibido

Apoyo social percibido: es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente. (Roberto Castro, Lourdes Campero y Bernardo Hernández, 1997)

3.3.4.4 Apoyo Social Estructural

El apoyo social estructural se basa en los siguientes elementos estructurales: a) el grado de integración/ aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracteriza a un conjunto de

relaciones sociales dado. (Roberto Castro, Lourdes Campero y Bernardo Hernández, 1997)

3.3.4.5 Investigaciones realizadas

Según un estudio realizado sobre el Apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes sociales de la Universidad Autónoma de Barcelona para la Universidad de Florida 2007-2008 concluyen sus autores que en los últimos años se han acumulado estudios empíricos, se han desarrollado métodos de investigación y programas informáticos que hacen posible abordar de forma realista el estudio de las redes personales y evaluar su impacto en diferentes dimensiones de la vida social, el apoyo social en este caso. Estudiar las redes personales y sus cambios delante de situaciones críticas, como por ejemplo la aparición de una enfermedad crónica en un hijo, nos ayuda a entender los cambios que se producen para adaptarse a las nuevas circunstancias. La apreciación de estos cambios exige un estudio longitudinal, o bien interesarse de forma retrospectiva sobre los detalles de las relaciones cotidianas antes de producirse la crisis. Esta visión global de la persona permite conocer la composición, la estructura y la función de la red social y apreciar en qué condiciones aparecen nuevos proveedores de apoyo (otros padres afectados en el caso que hemos estudiado), se transforman otros roles (como ex – compañeros de trabajo) o se refuerzan en su función de apoyo otros ya existentes (como la familia y la pareja). Entender estos cambios y su dinámica es el primer paso para abordar planes de intervención encaminados a mejorar la situación de estas personas. Ésta es al menos la propuesta que ellos hacen llegar. (José Luis Molina, Rosario fernández y Jaime Llopis, 2008)

A pesar de la enorme cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de apoyo social continúa siendo ambiguo: es común encontrar que términos tales como “relaciones sociales”, “redes sociales”, “integración social”, “vínculos sociales”, y otros, son usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo.

“Apoyo social” es un concepto multidimensional. Con el fin de incluir todas sus dimensiones, el término ha sido definido como la totalidad de recursos provistos por otras personas. (Roberto Castro, Lourdes Campero y Bernardo Hernández, 1997)

Dentro de las investigaciones realizadas, se sugiere que un individuo teniendo por lo menos una persona de quien recibir apoyo social, sobre todo emocional, experimentan menos estrés. Las mujeres en especial, no solo valoran lo social sino la comodidad y capacidad de proporcionar a otros. (Newstrom, 2007, pág. 363)

3.3.5 El burnout y la relación con la personalidad

3.3.5.1 Definición de personalidad

A la personalidad se la puede definir como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona. La descripción de la personalidad considera las formas en que debemos caracterizar a un individuo refiriéndose a las diferencias individuales, los tipos de personalidad y los rasgos. (Cloninger, 2003)

Según Kotler (1996) define personalidad como: "Las características psicológicas y distintivas de una persona que conducen a respuestas a su ambiente relativamente consistente y permanente."

Según Gordon Allport (1937) la personalidad es "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio".

Según Sigmund Freud (1925/1958 p.5) 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”.

Eysenk (1967-1985) 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”.

3.3.5.2 Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud)

Desde la antigüedad la personalidad tiene diferentes tipos, en Grecia Hipócrates describió cuatro tipos básicos por el temperamento: sanguíneo, melancólico, colérico y flemático; os mismos que son categorías de gente con características similares. De ahí que se parte y se enfoca en el ámbito laboral los tipos de personalidad A y B que se describen de la siguiente manera (Sonia, 2009):

Personalidad tipo A: intensifica los agentes estresantes del trabajo, estas personas andan, comen y hablan muy rápido, agresivas y competitivas, presionadas por el tiempo. Por sus comportamientos son propensas a desarrollar enfermedades cardíacas, tienen una alta necesidad de logro, no tienen control a estímulos laborales.

Personalidad tipo B: son menos preocupadas, juegan por diversión, no tienen sentimientos de culpabilidad, son flexibles.

Adicional a estos dos tipos de personalidad descrita trataremos además de la Personalidad Resistente, planteada por Kobasa a principios de la década de los 80 ha sido centro de numerosos estudios y abordajes sobre el estrés, dado que probablemente fue el primer planteamiento positivo respecto a la resistencia de la persona a las situaciones de estrés y permitiendo el estudio de un modelo de comportamiento que podría abrir una vía para entender las pautas de comportamiento que nos hacen resistentes y así poderlas transmitir a aquellas personas que no las poseen. Según la autora se hace dentro de la teoría existencial y que la define como: “la actitud de una persona ante su lugar en el mundo que expresa simultáneamente su compromiso, control y disposición a responder ante los retos” (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). En ésta definición se señalan tres factores fundamentales en las estrategias que emplean este tipo de personas:

- Compromiso
- Control
- Reto

Estos rasgos fueron valorados a través de los estudios que realizó en una extensa muestra de varones que ocupaban cargos intermedios y de alta dirección en American Telephone and Telegraph (ATT), y corroborado después en otros grupos de profesionales (Kobasa, 1982), aparte de lo expuesto demostraron que la personalidad resistente es más efectiva cuando se conjuga con apoyo social y ejercicio físico; e independiente de la frecuencia y gravedad de los acontecimientos vitales estresores, como de la edad, educación, estado civil y nivel laboral. La personalidad resistente ha mostrado que las personas que la posee responden positivamente en presencia de serios factores de estrés con lo que poseen mejor salud, mayor rendimiento y satisfacción laboral y, obviamente, menos niveles de sintomatología psicológica de estrés. (Personalidad)

Podemos definir a la personalidad positiva a partir de un modelo procesual que se interrelaciona con ese concepto de salud, que se compone de múltiples facetas, no de rasgos inamovibles y que actúa modulando las situaciones de estrés desde las perspectivas cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales del sujeto en relación con su ambiente (modelo transaccional, no interactivo. La personalidad positiva podrá suponer así un afrontamiento cognitivo de los estímulos aversivos y estresantes de la vida con recursos que facilitan un control de las situaciones en función de su consistencia, significado y ajuste a las demandas ambientales y expectativas personales. (Moreno Jimenez B, Garrosa Hernández E y Galver Herrer M , 2005)

3.3.5.3 Patrones de conducta y personalidad

Según el artículo publicado en asesoría terapéutica Freud organiza a la personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como

organizaciones de esquemas cognitivos (guiones) ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas cognitivos (guiones) son organizaciones individuales e idiosincrásicas de reglas sobre la vida, las relaciones con otros y el autoconcepto, que se han formado a lo largo del desarrollo. A continuación podemos definir patrones dependiendo la conducta de la personalidad (Terapéutica, 2011):

- PATRON DE CONDUCTA PARANOIDE: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.
- PATRON DE CONDUCTA ESQUIZOIDE: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.
- PATRON DE CONDUCTA HISTRIÓNICO: Conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.
- PATRON DE CONDUCTA NARCISISTA: Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal.
- PATRON DE CONDUCTA ANTISOCIAL: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.
- PATRON DE CONDUCTA LIMITE (BORDERLINE): Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.
- PATRON DE CONDUCTA DE EVITACIÓN: Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima.
- PATRON DE CONDUCTA DE DEPENDENCIA: Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.
- PATRON DE CONDUCTA OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD: Perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

3.3.5.4 Locus de control

Locus de control es un término definido en 1966 por Rotter, que considera que una persona percibe que un acontecimiento es contingente a su conducta o control interno; el locus de control es una característica de la personalidad que modifica el estrés, se puede adquirir un locus interno y externo; el locus de control externo, comprometen menos a las personas que si tienen un locus de control interno. Existen otros conceptos clave en la teoría de Rotter asociados con las expectativas personales (Oros, 2005):

El potencial de conducta, probabilidad de ocurrencia del comportamiento dada por la ecuación entre el tipo de expectativas, el valor de satisfacción buscada y la fuerza de otras conductas potenciales en la situación.

El potencial de respuesta, grado de valor subjetivo que el individuo da a las consecuencias de lo que hace, en relación con el grado de preferencias y locus de control personales.

El potencial de necesidad, intensidad de búsqueda de meta determinada por la historia personal.

Las **tendencias direccionales**, potenciales de necesidad que implican búsqueda de fuentes reforzantes.

3.3.5.5 Investigaciones realizadas

Estudios sobre la personalidad relacionada con el burnout, han insistido en diferentes variables o tipo de personalidad que estarían asociados con este síndrome. Así, Cherniss (1980) indicaba la importancia que podía tener un nivel alto de ansiedad en la aparición del burnout, trabajos que han sido continuados por los estudios de Gold y Michael (1985). Hills y Norvell (1991) mostraban la incidencia del neuroticismo en el desarrollo del proceso y Farber (1983) ha estudiado la posible asociación entre Patrón A de conducta y burnout. Buendía y Riquelme (1995) y Byrne, (1994) han mostrado cómo los sujetos caracterizados por un lugar de control externo tienen mayor probabilidad de resultar afectados por el síndrome. Igualmente la percepción de incontrolabilidad se asocia al agotamiento emocional, falta de

realización personal y sintomatología depresiva, (McKnighth y Glass, 1995). Probablemente la tendencia más consistente en los últimos años se haya orientado a vincular el burnout y las variables de personalidad propias del enfoque activo y propositivo de la salud, el llamado “modelo salutogénico de salud”. El enfoque salutogénico de salud propone considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona (Ballester Arnal, 1998). La ubicación de la persona a lo largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo su ubicación tanto de las variables orgánicas como de las variables contextuales y personales. En general, los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés. Entre tales modelos, los más conocidos son los modelos desarrollados por Kobassa (1982) y Antonovsky (1987). (Bernardo Moreno Jimenez, José Luis Gonzalez y Eva Gorrosa, 2001)

4. METODOLOGÍA

Contextualización

Basada en la información recibida en cada una de las instituciones en donde se realizó la presente investigación, procedemos a describir a cada una institución de salud según sus diferentes contextos, ya que IESS por ser una entidad pública y del estado maneja cierto tipos de contextualización diferente a la de la clínica Continental por ser una institución de carácter particular. No por eso tienen diferencias en su servicio de salud ambas generan servicio a la comunidad con las diferentes especializaciones y servicios con el que cuentan cada una.

IESS – LATACUNGA

MARCO ESTRATÉGICO

Principio, políticas de la unidad.

El hospital prioriza sus acciones hacia el usuario, buscando siempre el mejoramiento continuo, tratando de crear estilos de vida saludables, eliminando toda desigualdad en materia de acceso a la salud, lo cual se ejecuta con los programas correspondientes, gracias a la disponibilidad de recursos físicos y financieros buscando sostenibilidad en el tiempo y cuyas políticas son:

- Políticas
- Atención de calidad
- Promoción y Prevención de la salud
- Sostenibilidad financiera
- Ampliación de cobertura a nuevos grupos poblacionales.

Principios

Equidad, Calidad, Calidez, Eficiencia, Eficacia, Participación, Sostenibilidad, Solidaridad, Transparencia, Universalidad, Inclusividad, Obligatoriedad y, Suficiencia.

Reseña Histórica

La Seguridad Social en Cotopaxi tiene vigencia desde el 13 de marzo de 1939, cuando se crea la primera Agencia del Instituto Nacional de Previsión y Seguridad, cuyo accionar se afianza más con el Área de Salud en el año 1940, inicialmente con pocos recursos humanos y técnicos, siendo su fundador el prestigioso médico Latacungueño Dr. Rafael Terán Coronel; quien dando muestras de altruismo, presta parte de su domicilio para los inicios de tan digna labor.

El Incremento de la población afiliada de la provincia generó la necesidad de crear nuevos Servicios de Salud, por lo que las instalaciones se tornaron insuficientes para el quehacer diario; las condiciones en las que se brindaba la atención a los afiliados ya no eran las adecuadas.

En el año de 1984, se inicia la construcción del nuevo Hospital del IESS en esta ciudad, en el terreno ubicado en las calles Quito y Atahualpa, sector el Loreto, cuya superficie de terreno es de 13.200 m².

De julio de 1992 a diciembre de 1993 se equipa en gran parte de la Unidad de acuerdo a licitación 001 de Noviembre de 1991, en cuanto tiene que ver las áreas de Rayos X, Dietética, Lavandería, Laboratorio, Rehabilitación, Quirófanos, entre otras; concluyendo además con los trabajos de implementación de ascensores, calderos, centrales de oxígeno y vacío, En este período y en forma paralela al equipamiento en mención también se habilitan los Servicios de Fondo Rotativo, Presupuesto y Caja Chica.

En el mes de julio de 1998, es testigo del funcionamiento en forma total del Hospital del IESS en Latacunga, con la habilitación de los Servicios que faltaban por trasladarse como son: Hospitalización, Quirófanos, Emergencia, Alimentación y Dietética.

En el año 2010 – 2012 se ha realizado la renovación de varios equipos médicos, la adquisición de nuevos equipos de alta tecnología como densitómetro óseo, mamógrafo, láser odontológico, electromiografía, y tomografía axial computarizada.

En el presente año se han puesto en funcionamiento con el equipamiento respectivo el servicio de Pediatría, Neonatología y se ha ampliado la hospitalización para Traumatología contándose al momento con 108 camas hospitalarias.

CLÍNICA CONTINENTAL

Clínica Continental, es una entidad privada de salud, que tiene su domicilio en la Ciudad de Latacunga, ubicada en las calles Remigio Romero Cordero y Ángel Medardo Silva S/N del Barrio Rumipamba, cuyo propósito es el brindar servicios médicos especializados de calidad, para satisfacer las necesidades de atención medica eficiente y actualizada a la población del centro del país.

El funcionamiento de la Clínica Continental fue autorizado por la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, expedida en el año de 1998. Bajo la Administración y Propiedad de la Compañía Clínica Continental, Conticlínica S. A. constituida el 4 de Mayo de 1988 y aprobada por la Superintendencia de Compañías, mediante resolución No 98.1.1.1 1202 del 19 de Mayo de 1998

La Clínica Continental es una entidad de Salud privada y con fines de lucro que ofrece al usuario prestación en Servicios de Salud en las áreas de: Medicina Interna, Neurología, Neumología, Gastroenterología, Cardiología, Dermatología, Pediatría, Neonatología, Reumatología, Endocrinología. Psiquiatría, Ortodoncia, Servicios Complementarios de Diagnóstico y Tratamiento, las Especialidades Quirúrgicas de Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Ginecología, Obstetricia, Traumatología, Oncología, Cirugía Plástica y Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología, Neurocirugía, Cardiotorácica, Endoscopía Intervencionista y Diagnóstica, Proctología, Cirugía Vasculat, Urología, Anestesiología entre otras especialidades; en las modalidades Ambulatoria y de Hospitalización.

B. Diseño de investigación

La presente investigación tiene como finalidad identificar a profesionales de la salud que hayan adquirido el síndrome de Burnout, para lo cual se aplicó diferentes cuestionarios, que contemplan las siguientes características:

Es cuantitativa: Se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.

No es experimental: Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Es transaccional (transversal): Se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

Es exploratorio: Se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Es descriptivo: Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

Objetivos

General

Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud en IEES-Latacunga y Clínica Continental de la ciudad de Latacunga y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.

Específicos

- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.

- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el burnout.

C. Población

Como población se tomo la muestra de 33 profesionales divididos en 19 médicos y 15 enfermeras, de las Instituciones de salud IESS-Latacunga y Clínica Continental de la ciudad de Latacunga en el año 2012.

D. INSTRUMENTOS

Los datos de esta investigación serán recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad, los cuales están diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentre vinculado a instituciones de salud, los mismo que han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados. Se detallara un poco acerca de cada uno de estos para información de lo que evaluará cada uno.

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 serán de utilidad en esta investigación. (Ramirez. Z, 2012). **Anexo E1**

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) .- Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala **MBI** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y

pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son (Ramirez. Z, 2012) **Anexo E2:**

- **Agotamiento Emocional:** Puntuaciones altas, indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- **Despersonalización:** Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- **Realización Personal:** Indica el grado de realización, logro y auto-eficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).- El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro sub-escalas que son (Ramirez. Z, 2012) **Anexo E3:**

- A .Síntomas somáticos:** Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- B. Ansiedad e insomnio:** nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- C. Disfunción social:** Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- D .Depresión grave:** Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

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

adaptada y validad en la población Española la cual la utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son (Ramirez. Z, 2012) **Anexo E4:**

- **Afrontamiento activo:** Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- **Planificación:** Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- **Auto - distracción:** Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- **Apoyo instrumental:** La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
- **Apoyo emocional:** Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- **Reinterpretación positiva:** Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- **Aceptación:** Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- **Negación:** Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- **Religión:** El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- **Autoinculpación:** Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- **Desahogo:** La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- **Desconexión conductual:** Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto

implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.

- **Uso de sustancias:** Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- **Humor:** hacer burlas y reírse de la situación estresante.

Cuestionario MOS de apoyo social.- Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un cuestionario auto - administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son (Ramirez. Z, 2012) **Anexo E5:**

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

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

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

ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores (Ramirez. Z, 2012)

Anexo E6:

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

E. RECOLECCIÓN DE DATOS

Con fecha 03 de Mayo se solicita al IEES-Latacunga, la apertura para hacer el trabajo de investigación propuesta por Universidad Técnica Particular de Loja en la Titulación en Psicología con el tema “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno”, dando como contestación positiva de empezar hacer las investigación en el personal de médicos y enfermeras desde el 07 de mayo hasta el 18 mayo del 2012. Por falta de predisposición del personal de médicos y sin haber tenido la recolección complementa, se solicita a Clínica Continental el pedido con fecha 21 de mayo del 2012 siendo inmediata la contestación se empieza a completar la investigación con la población.

Una vez delimitadas las instituciones de trabajo se procedió a presentarse con cada uno de los profesionales, haciendo una pequeña introducción del trabajo de investigación que se iba a realizar y con la finalidad de obtener la titulación de

Licenciada en Psicología, recalando y haciendo conocer del tema a investigar, se esperaba ser aprobada la introducción y confirmación de ser parte de la investigación, se procedió a leer el documento de información para participantes y hacerle firmar el consentimiento informado; una vez realizada esta actividad y habiendo establecido empatía con cada uno de los profesionales se dio inicio a la lectura de cada uno de los instrumentos y recibiendo la contestación a cada ítem, claro está que la aplicación era lo breve posible ya que el tiempo de ciertos profesionales era corto; en otros casos los galenos solicitaban se les deje el apartado para llenarlo en cada uno de sus domicilios con más tranquilidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

TABLA Nº 1
CUADRO RESUMEN

Genero	Médicos sin burnout				Médicos con burnout			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
	10	55.55	8	44.44	1	100		
zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%	Urbano	%	Rural	%
	18	100			1	100		
con quién vive	Solo	%	más personas	%	Solo	%	más personas	%
	5	29.41	12	70.58			1	100
tipo de trabajo	t.completo	%	t.parcial	%	t.completo	%	t.parcial	%
	14	82.35	3	17.64			1	100
pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%	Si	%	no	%
	8	44.44	10	55.55	1	100		
pacientes fallecidos	Si	%	No	%	Si	%	no	%
	8	44.44	10	55.55	1	100		
Permisos	Si	%	No	%	Si	%	no	%
	9	50	9	50	1	100		

Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Ana Cantos

TABLA Nº 2
CUADRO RESUMEN

Genero	Enfermeras sin burnout			
	Masculino	%	Femenino	%
			15	100
zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	15	100		
con quién vive	solo	%	más personas	%
	1	6.66	14	93.33
tipo de trabajo	t.completo	%	t.parcial	%
	13	86,6	2	13,3
pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%
	12	80	3	20
pacientes fallecidos	Si	%	No	%
	8	53.33	7	46.66
Permisos	Si	%	No	%
	8	53,33	7	46,6

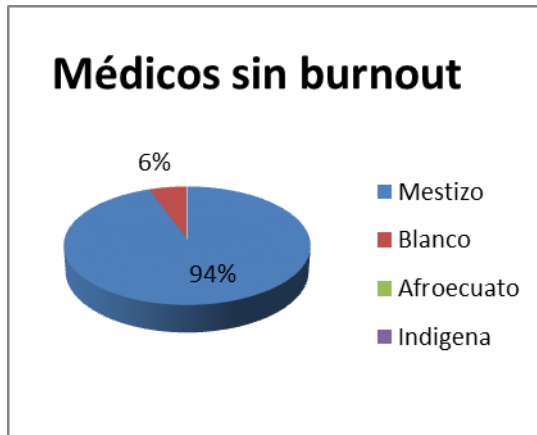
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Ana Cantos

Podemos resumir con estos cuadros que en el caso de los médicos hay un equilibrio en cuanto a género del 60% masculino a 40% femenino; mientras que en las enfermeras podemos apreciar que el 100% son del sexo femenino; en ambas profesiones el 100% pertenecen al área urbana. En el grupo de médicos sin burnout en un 29.41% viven solos y el 70.58% con otras personas, en el grupo de médicos con burnout el 100% viven con otras personas; a lo que el en el grupo de enfermeras sin burnout viven el 93.3% con otras personas y a penas un 6.6 % viven solas. En el grupo que presenta burnout manifiesta trabajar a tiempo parcial en un 100%, y en el grupo de médicos sin burnout trabajan 82.35% a tiempo completo y un 17.64% tiempo parcial; en el caso del grupo de enfermeras sin burnout un 86.6% trabaja tiempo completo y un 13.3% tiempo parcial. La atención a pacientes de alto riesgo de muerte a los que se enfrentan el grupo de médicos sin burnout es de Si 44.4% y No 55.5%, el grupo de médicos con burnout atiende 100% pacientes con riesgo de muerte; y en el grupo de las enfermeras sin burnout el 80% están en relación con pacientes de muerte y el 20% no están relacionadas a este tipo de atención. En cuanto a pacientes fallecidos en el grupo de médicos sin burnout el 44.4% ha tenido pacientes fallecidos y el 55.5% no los ha tenido, y dentro del grupo de médicos con burnout el 100% ha tenido atención a apacientes que han fallecido; es así que el grupo de enfermeras en un 53.3% están relacionadas a pacientes fallecidos y un 46.6% no han estado en esta situación. En cuanto a permisos en el grupo sin burnout de médicos hay un 50% de haber solicitado permiso y un 50% que no han solicitado permisos, en el grupo con burnout 100% ha solicitado permisos; en el grupo de enfermeras sin burnout el 53.3% ha solicitado permisos y el 46.6% no lo ha solicitado permisos.

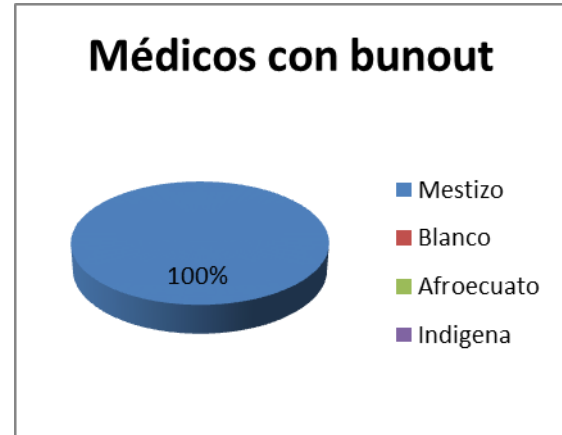
ETNIA

Gráfico N° 1



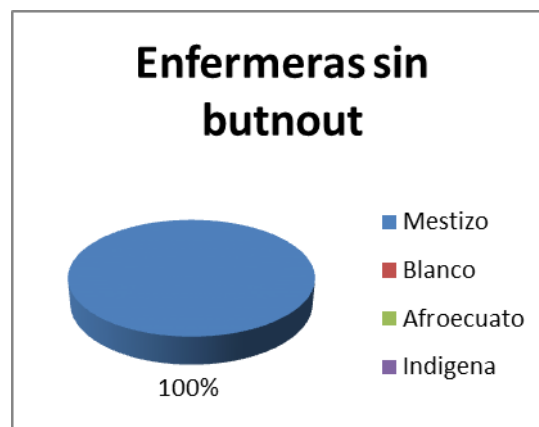
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 2



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 3

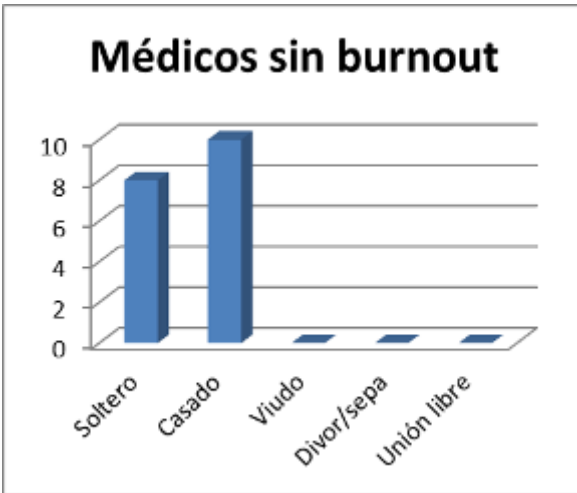


Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Como se puede observar en casi los tres grupos el 100% presentan población mestiza, con solo el 6% de blancos en la muestra de médicos sin burnout.

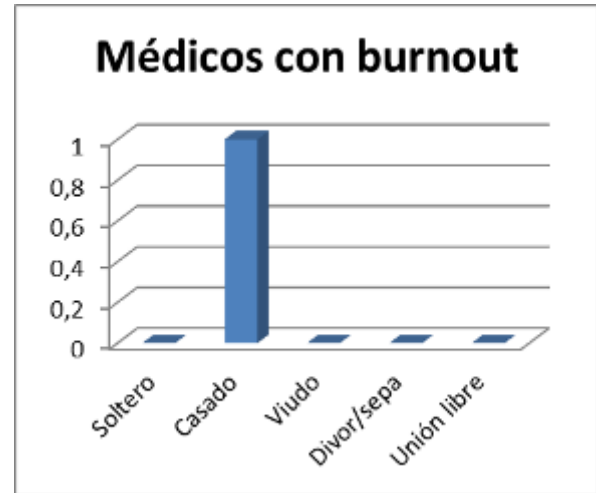
ESTADO CIVIL

Gráfico N° 4



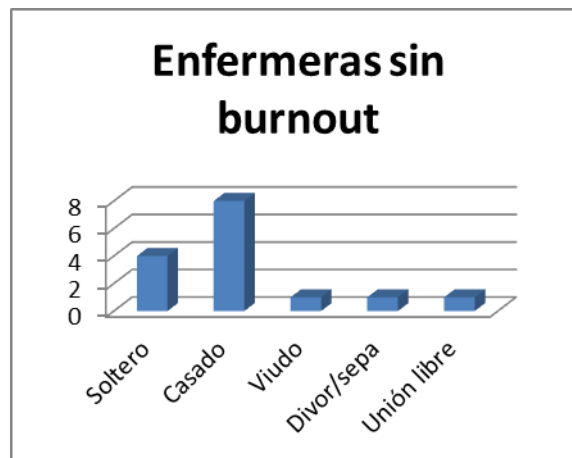
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 5



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 6

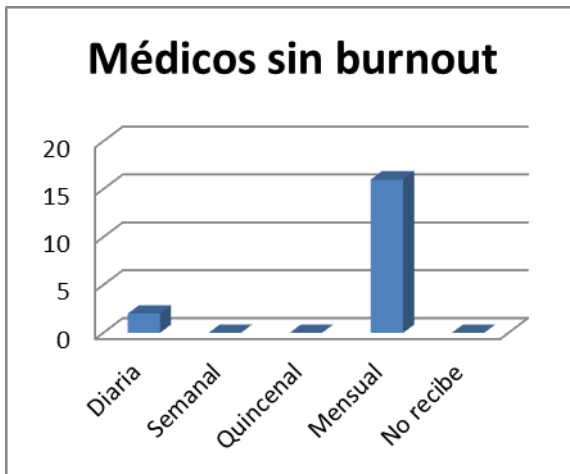


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Esta variable nos arroja resultados en las enfermeras con casos de viudez, divorcios y uniones libres, lo que no sucede con el grupo de médicos hay casi una igualdad entre 40% solteros y 50% casados; y en el caso del grupo con burnout 100% es casado.

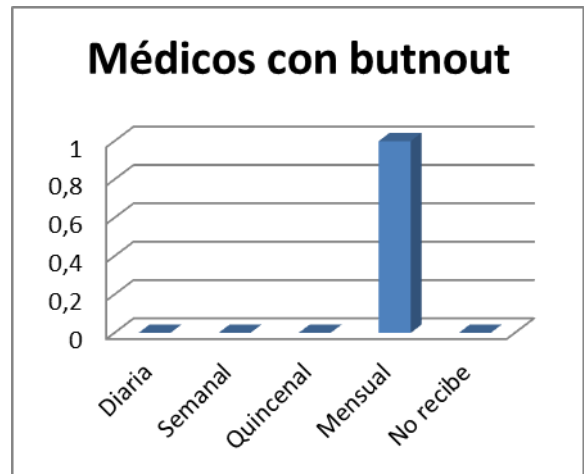
REMUNERACIÓN SALARIAL

Gráfico N° 7



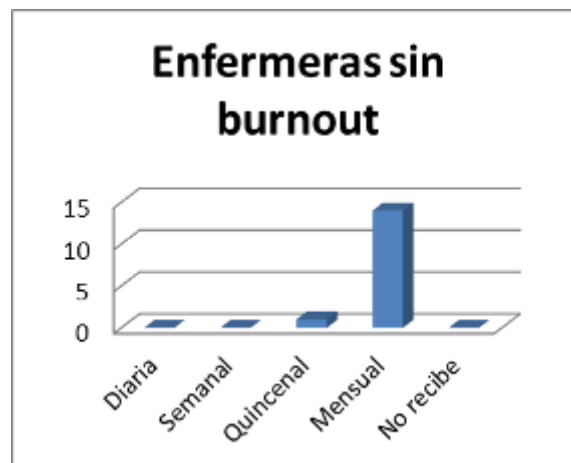
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 8



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 9

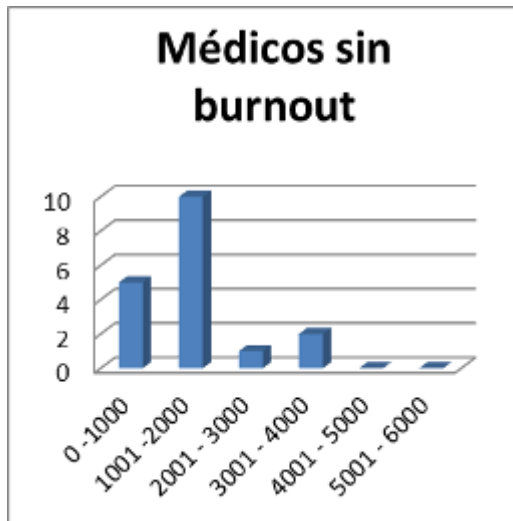


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Dentro del grupo de médicos sin burnout el 11.1% recibe remuneración diaria y el 6.6% de las enfermeras sin burnout reciben remuneración quincenal.

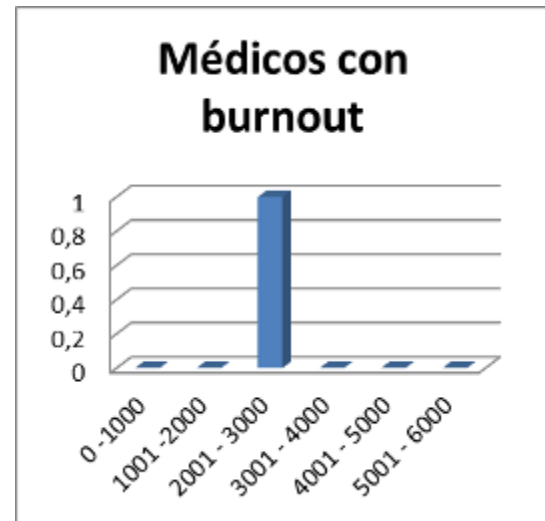
VALOR SALARIAL

Gráfico Nº 10



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 11



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 12

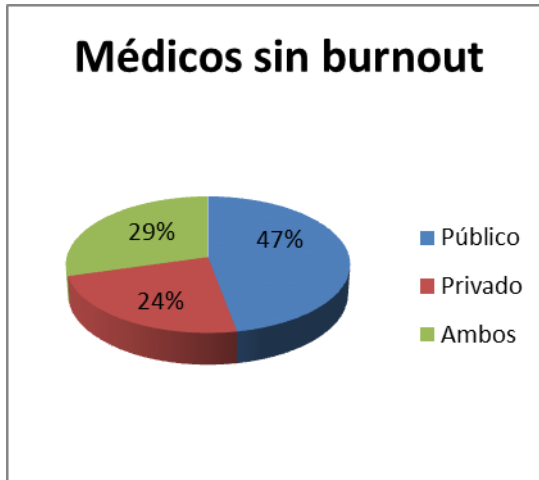


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El valor salarial en los tres grupos varía; pero el monto relación que el 99% percibe una remuneración de 1001 a 2000; pero el 1% en el caso del grupo con burnout percibe 2001 a 3000.

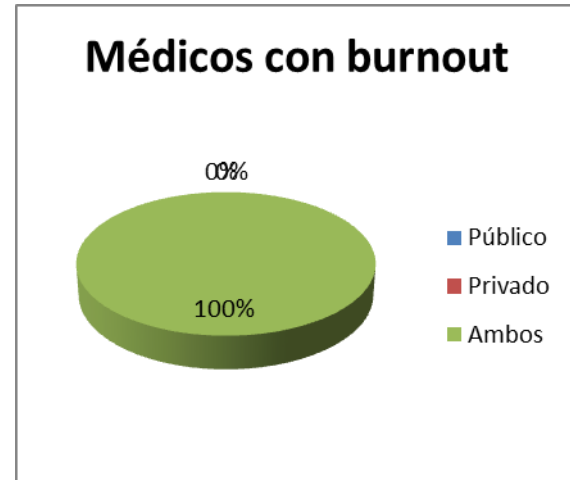
SECTOR DE TRABAJO

Gráfico N° 13



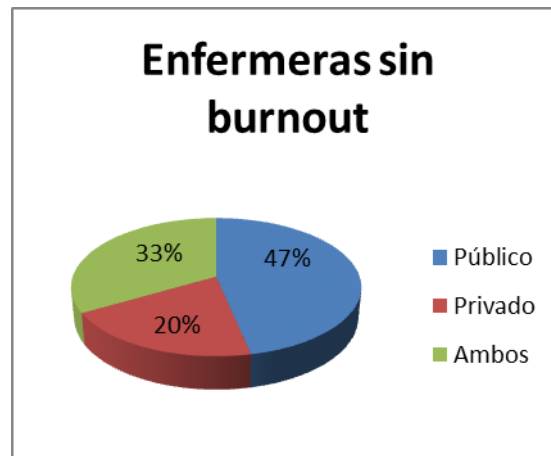
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 14



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 15

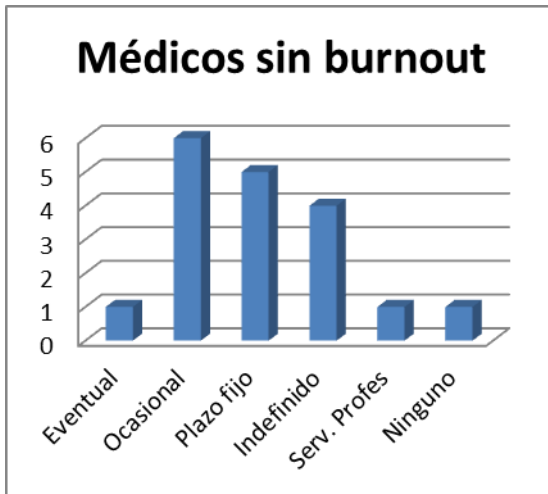


Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable se puede observar que trabajar en el sector público y privado sólo se da el 29% y 33% en los médicos y enfermeras sin burnout respectivamente. En el caso del grupo de médicos con burnout se dedica al 100% a trabajar en ambos sectores.

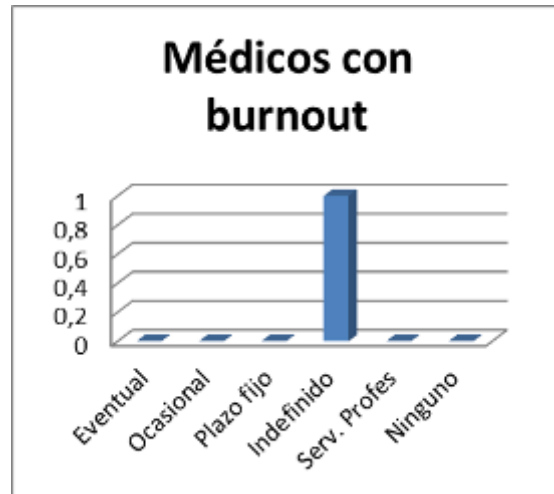
TIPO DE CONTRATO

Gráfico N° 16



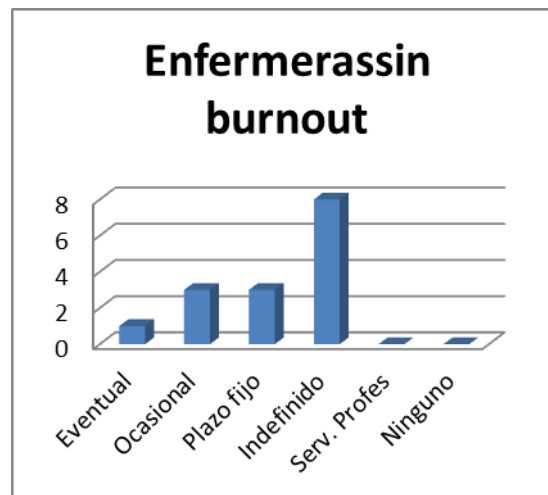
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 17



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 18

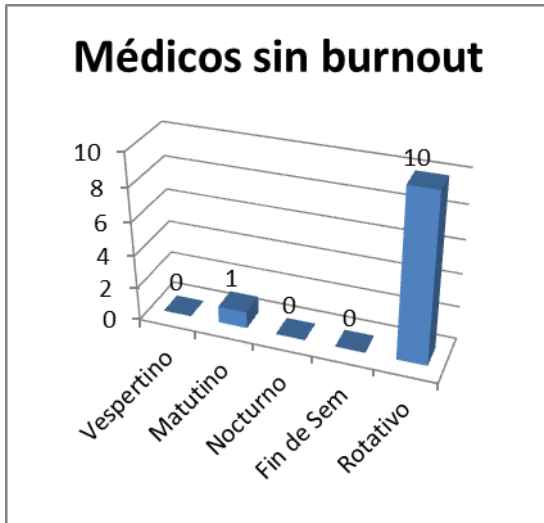


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En los tres grupos puntúan en un 40% tener contratos indefinidos, sin embargo hay que destacar que en el caso del primer grupo hay un 18% de médicos con contratos ocasionales y un 15% a plazo fijo.

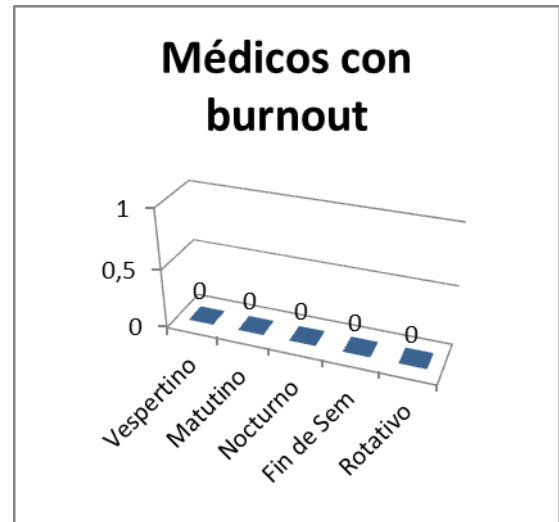
TURNOS

Gráfico N° 19



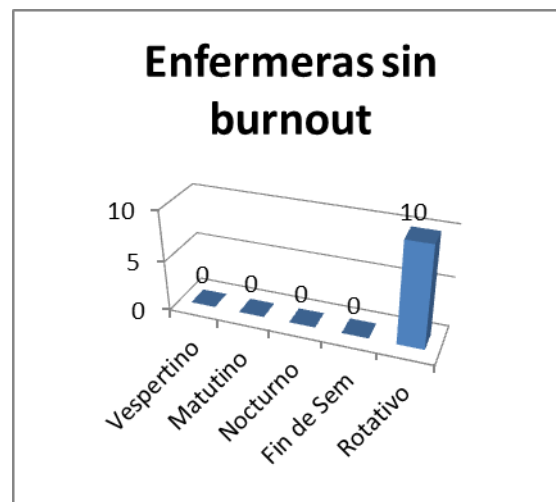
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 20



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 21

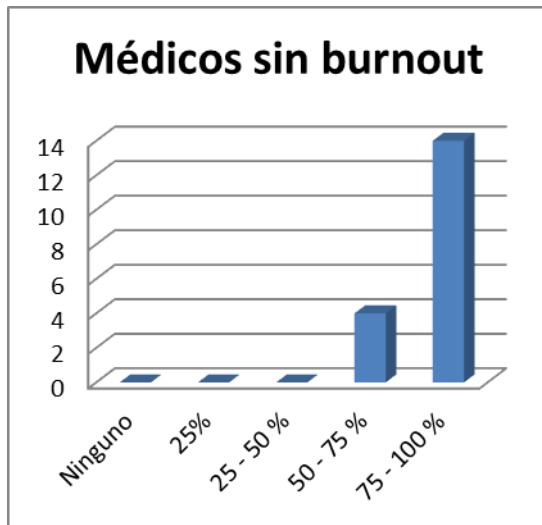


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

La apreciación a esta variable puede dar a conocer que un 35% de médicos sin burnout trabajan en horarios rotativos al igual que el 75% en el grupo de enfermeras sin burnout; lo que no se puede apreciar es el turno de trabajo del médico con burnout ya que puntúa en 0.

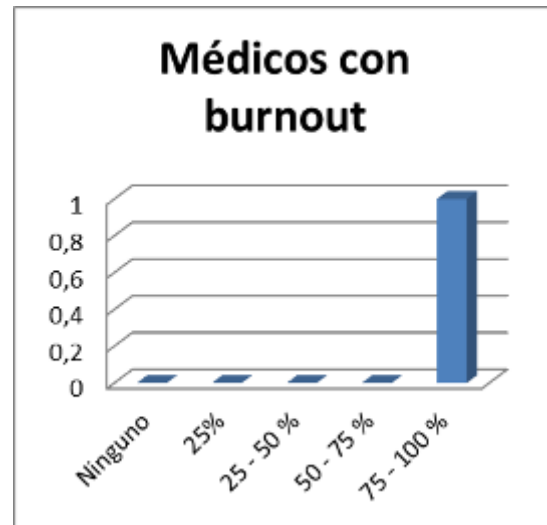
% DE PACIENTES DIARIOS

Gráfico N° 22



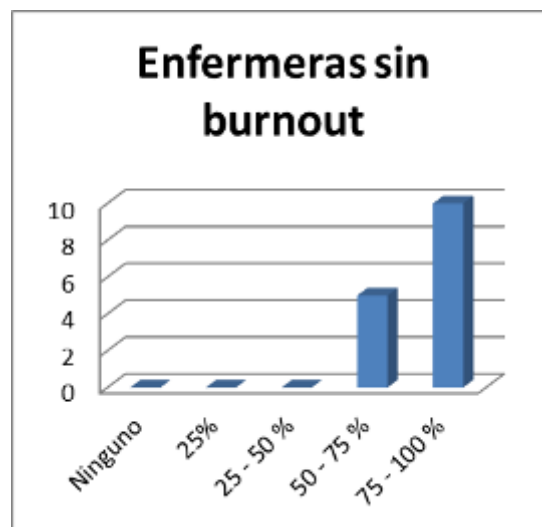
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 23



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 24

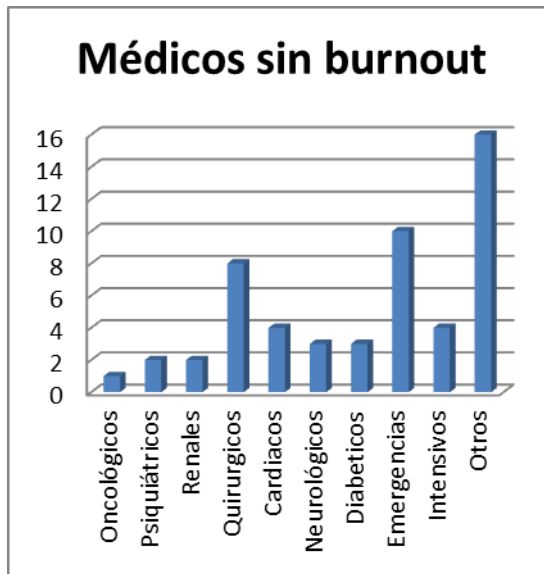


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En los tres grupos se aprecia un 99% de la atención en un 75 a 100% del tiempo empleado en la atención de pacientes.

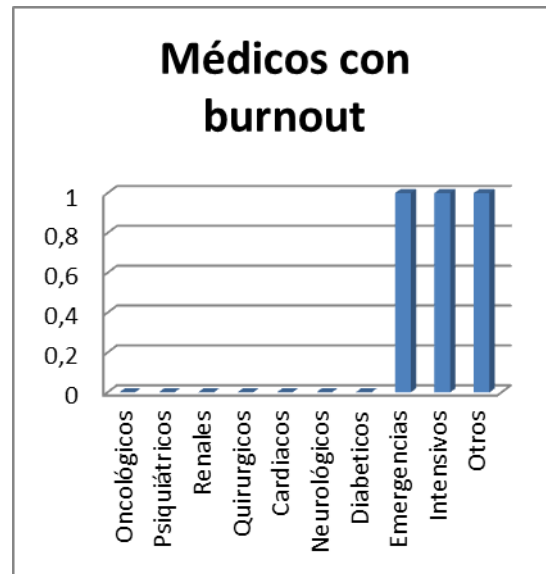
TIPOS DE PACIENTES

Gráfico Nº 25



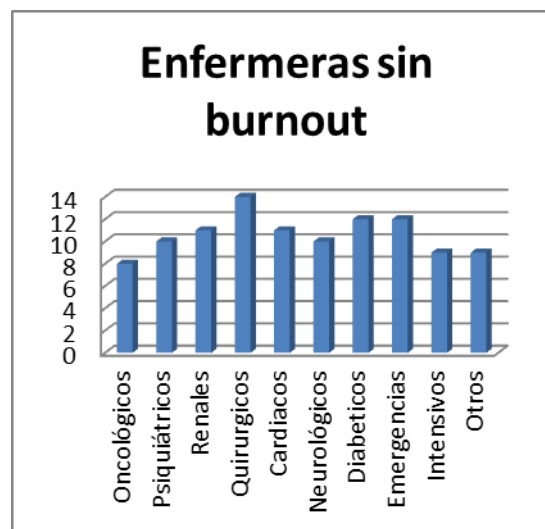
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 26



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 27



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

La comparación entre los grupos de médicos y enfermeras sin burnout se puede diferenciar claramente que las enfermeras atienden a una gama más variada de pacientes al 99%, en el caso del grupo de médicos con burnout, la atención se da exclusivamente en el área de emergencias, cuidados intensivos y otros al 100%.

TABLA N° 3
CUADRO RESUMEN DE PROMEDIOS

Promedio	Médicos sin burnout	Médicos con burnout	Enfermeras sin burnout
Edad	36.72	48	39.46
Hijos	1.33	2	1.93
Años de trabajo	10.8	20	10.28
Instituciones trabajadas	1.33	2	1.26
Horas diarias	20.05	15	8.26
Horas semanales	57.77	86	43
Guardias nocturnas horas	32	0	15.1
Guardias nocturnas días	3.5	0	5.33
Pacientes por día	19.56	25	23.14
Pacientes fallecidos	1.25	1	2.12
Días de permiso	6.5	2	2.85

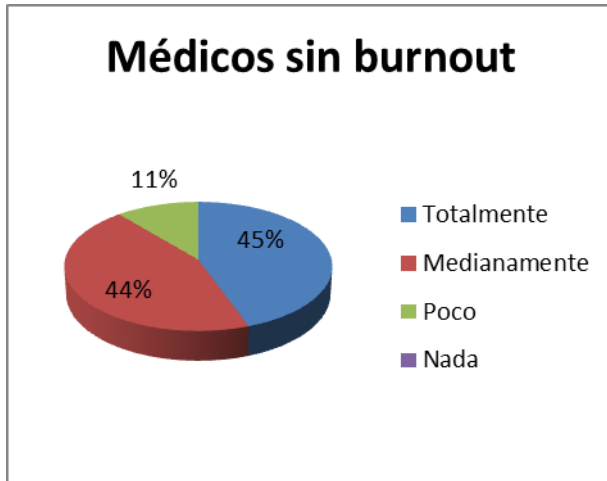
Fuente: médicos y enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Ana Cantos

Podemos observar que en la muestra de profesionales dentro de los tres grupos en cuanto a la edad promedio van de 36 a 48 años de edad promedio; el promedio de hijos es de mínimo uno máximo dos hijos; la experiencia laboral es de mínimo 10 años máximo 20 años; el trabajo lo realizan en una y hasta dos instituciones; el trabajo de horas diarias va como mínimo 8 horas máximo 20 horas; las horas semanales de trabajo son de mínimo 43 horas y máximo 86 horas a la semana; las guardias por horas están en un rango de 15 a 32 horas de guardias nocturnas y las guardias por día de mínimo 3 días y máximo 5 días; el número de pacientes que atienden por día son en un mínimo de 19 pacientes a un máximo de 25 pacientes por día; el número de pacientes fallecidos en los últimos meses van de uno a dos pacientes fallecidos; y los días de permiso solicitados van de mínimo 2 días a máximo 6 días de permiso.

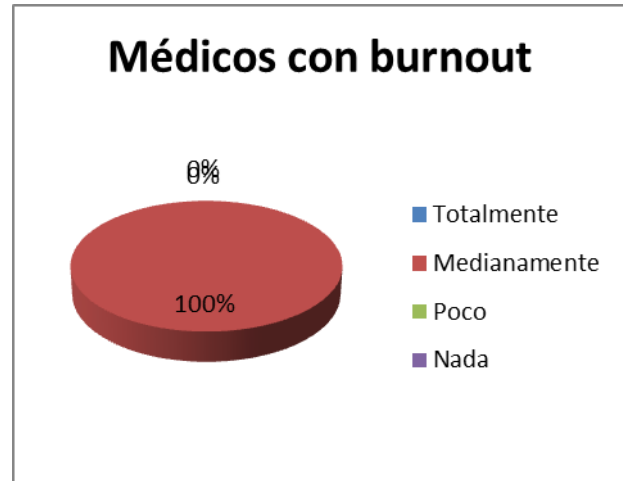
RECURSOS NECESARIOS

Gráfico N° 28



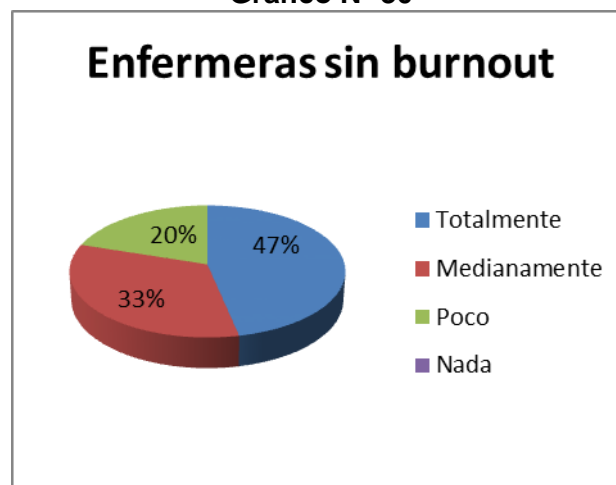
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 29



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 30

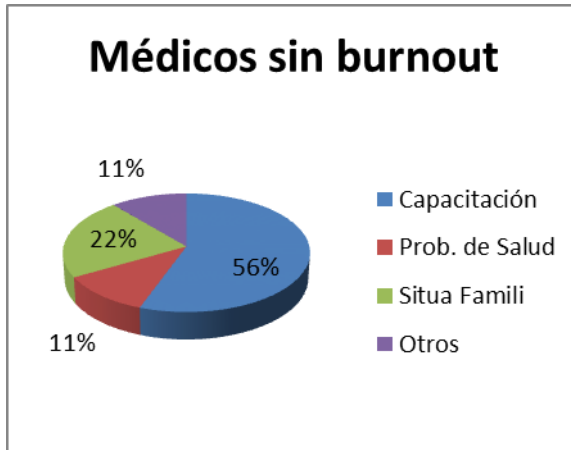


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se puede deducir que entre los grupos sin burnout hay porcentajes similares sin mucha variación en los recursos que brinda la institución que es en un 50%; lo que no sucede con el grupo burnout de médicos que es medianamente los recursos que percibe en porcentaje del 100%.

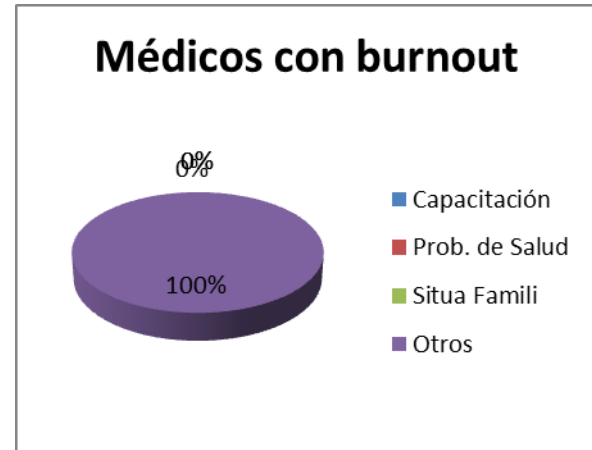
CAUSAS DE PERMISOS

Gráfico N° 31



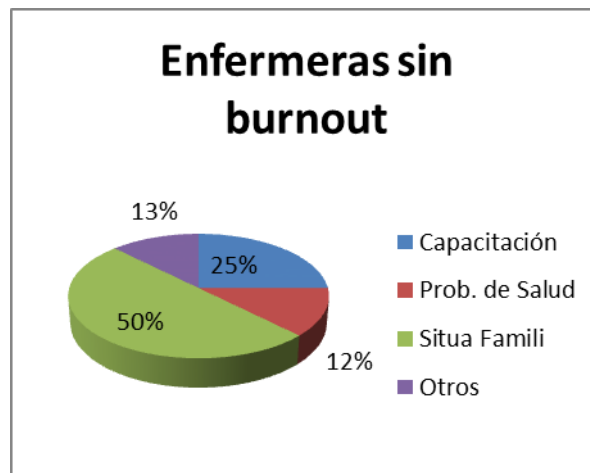
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 32



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 33

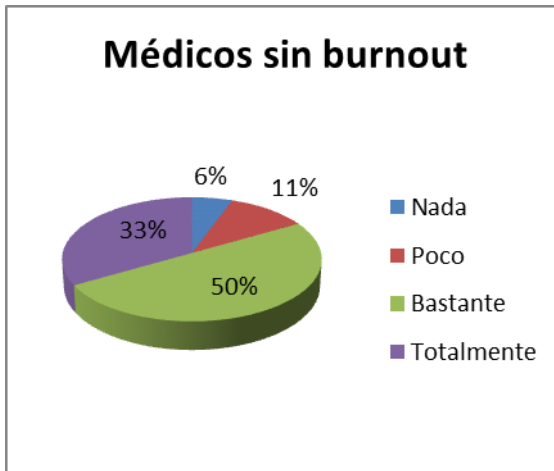


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En el grupo de los médicos sin burnout en un 56% ha solicitado permisos por capacitación, mientras las enfermeras sin burnout en un 50% solicito permiso por situaciones familiares. El grupo con médicos de burnout en un 100% solicito permiso por otros aspectos.

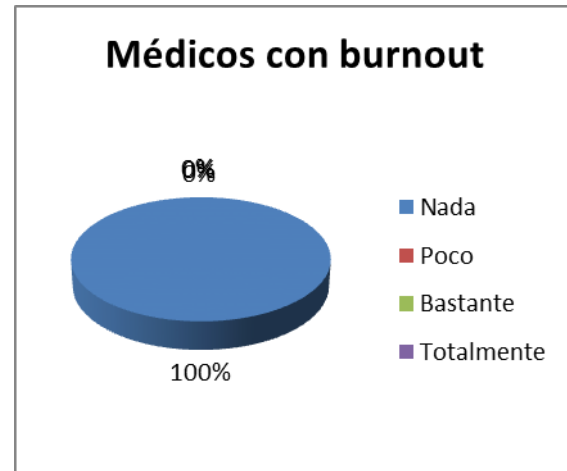
VALORACIÓN DE PACIENTES

Gráfico N° 34



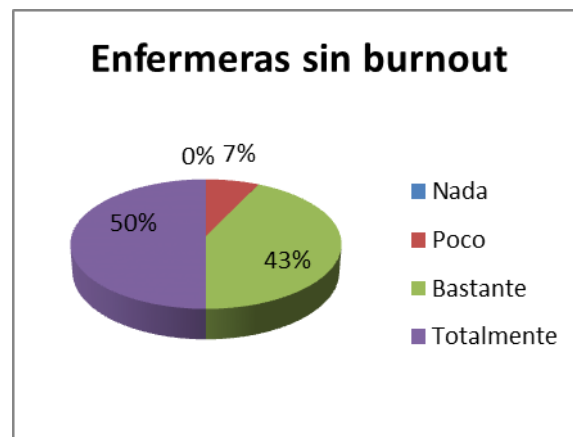
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 35



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 36

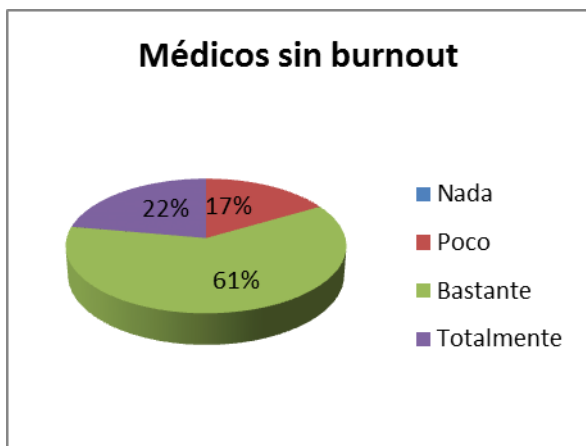


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En cuanto a valoraciones por parte del paciente el 50% de médicos sin burnout se sienten bastante valorado, lo que no sucede con las enfermeras sin burnout ellas se sienten en un 50% totalmente valoradas. En el caso del grupo con burnout, se sienten 100% nada valorado por sus pacientes

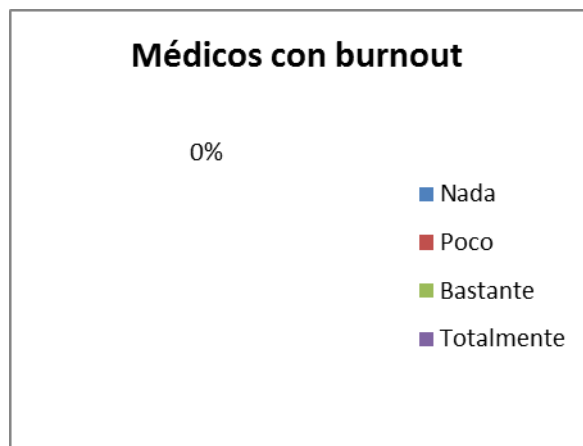
VALORACIÓN FAMILIARES

Gráfico N° 37



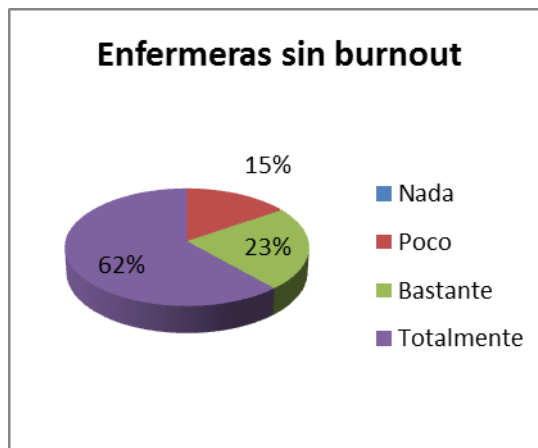
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 38



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 39

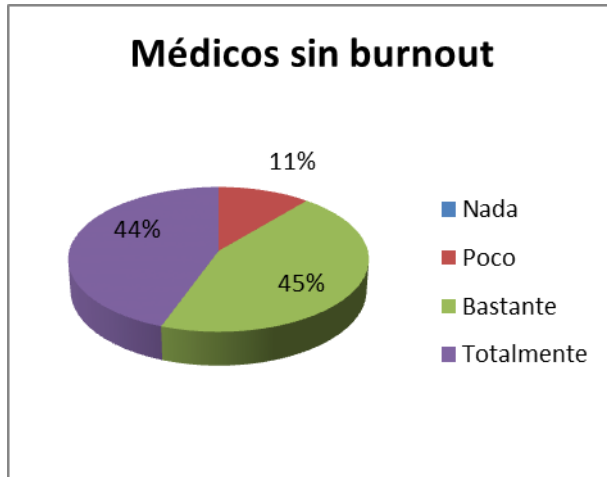


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En la valoración desde los familiares, el grupo de médicos sin burnout tiene el 61% de percepción bastante valorados, lo que no sucede con el grupo de enfermeras sin burnout tienen el 62% de valoración total. En el grupo con burnout no tiene percepción para contestar la pregunta.

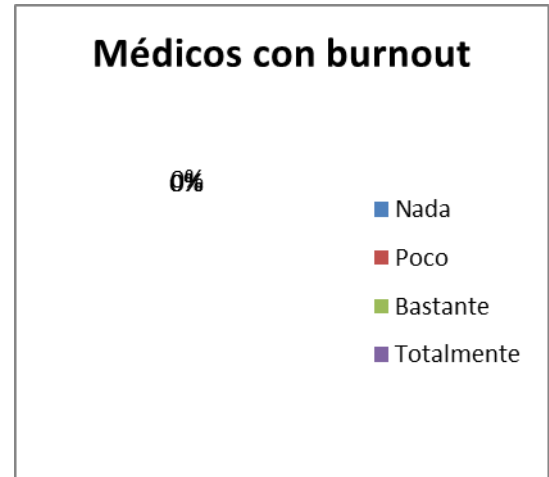
VALORACIÓN COLEGAS

Gráfico N° 40



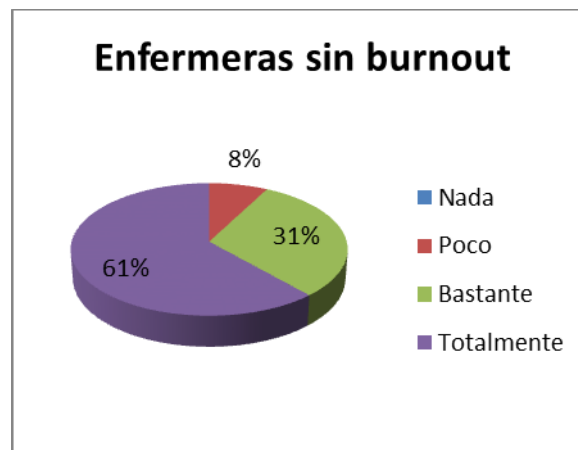
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 41



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 42

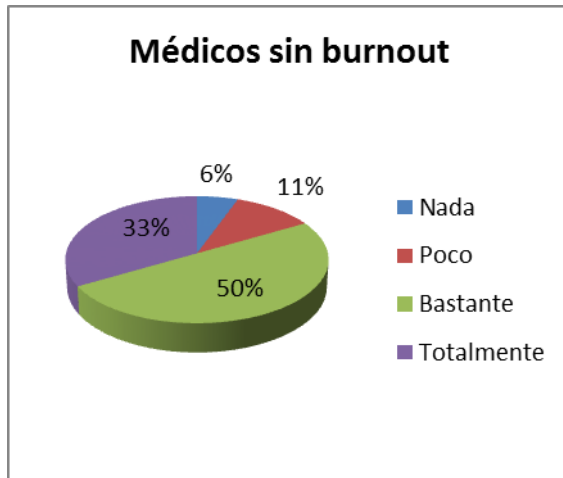


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

La valoración mayor percibida en el grupo de enfermeras sin burnout en un 61% se siente totalmente valorados por sus colegas lo que en el caso de los médicos sin burnout se sienten bastante valorados en un 45%. En esta variable el grupo de médicos con burnout no contesta a la pregunta.

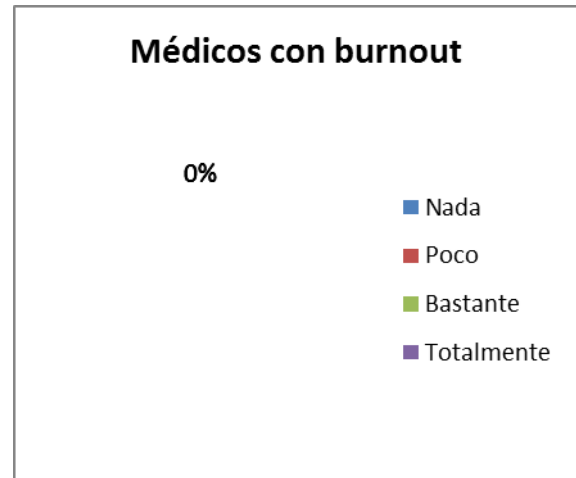
VALORACIÓN DIRECTIVOS

Gráfico N° 43



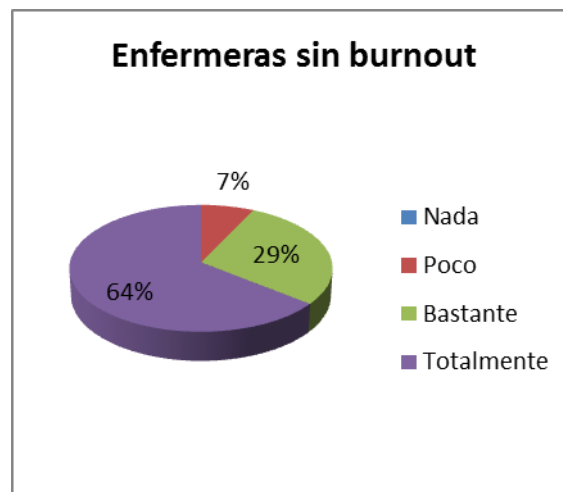
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico sociodemográfico

Gráfico N° 44



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 45

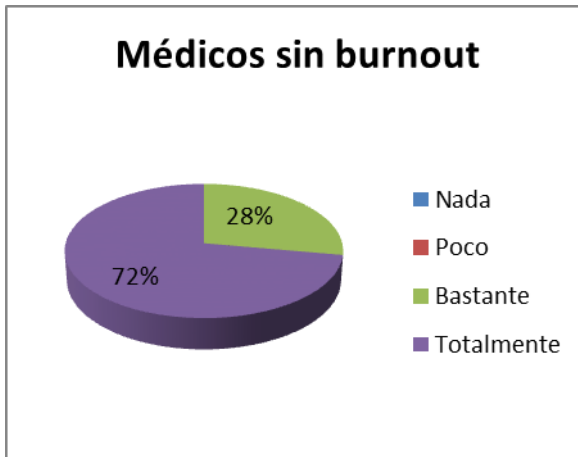


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El grupo de enfermeras sin burnout en un 64% se sienten totalmente valoradas, lo que en el grupo de médicos sin burnout en un 50% se sienten bastante valorados. Otra percepción negativa por parte del grupo con burnout.

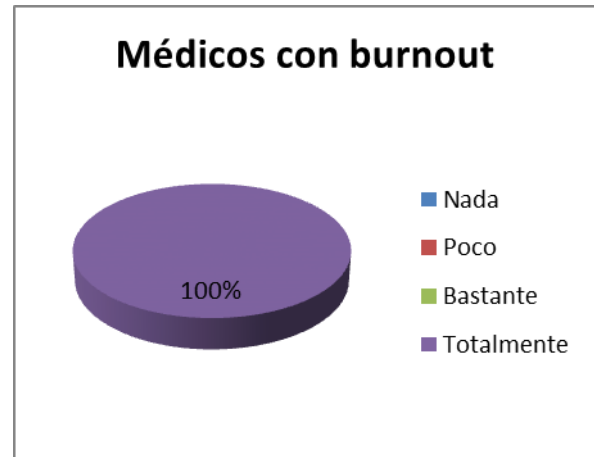
SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

Gráfico N° 46



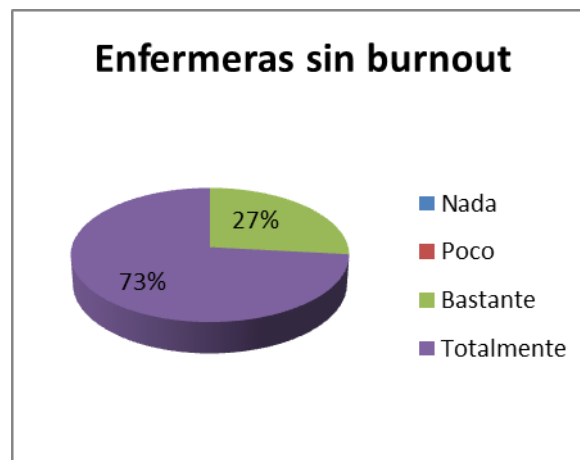
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 47



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 48

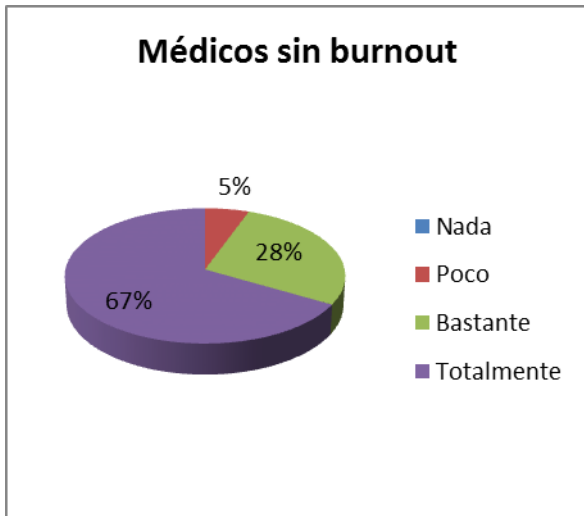


Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

La satisfacción con el trabajo en los tres grupos es positiva en un 70%, incluso el grupo de médicos con burnout en un 100% está totalmente satisfecho.

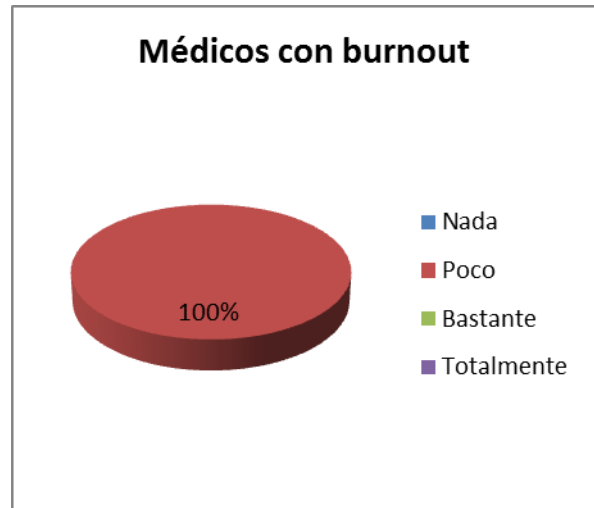
INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES

Gráfico N° 49



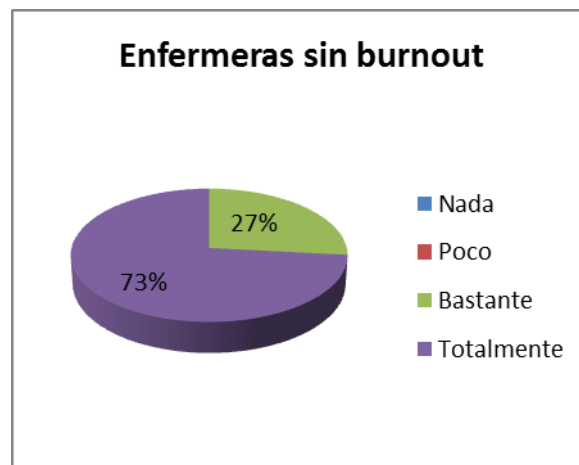
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 50



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 51

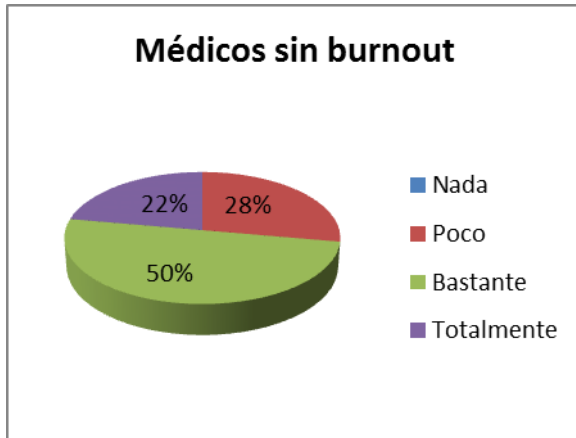


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Entre los grupos de médicos y enfermeras sin burnout hay entre un 60% y 70% de sentirse totalmente satisfechos de su participación con el paciente; sin descuidar un 7% que se siente poco satisfecho en el grupo de los médicos sin burnout. Lo que es negativo en el grupo de médicos con burnout en un 100% se siente poca satisfacción.

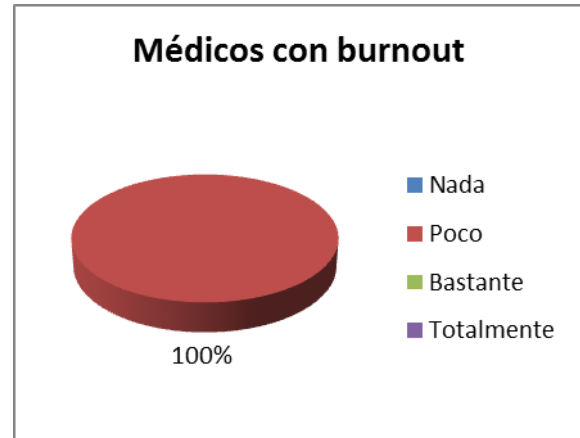
APOYO DIRECTIVOS

Gráfico N° 52



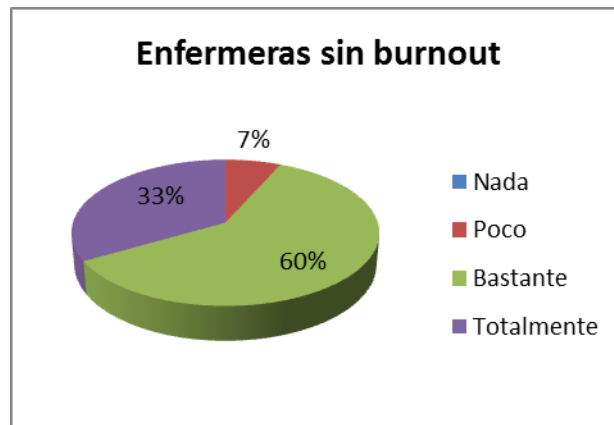
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 53



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 54

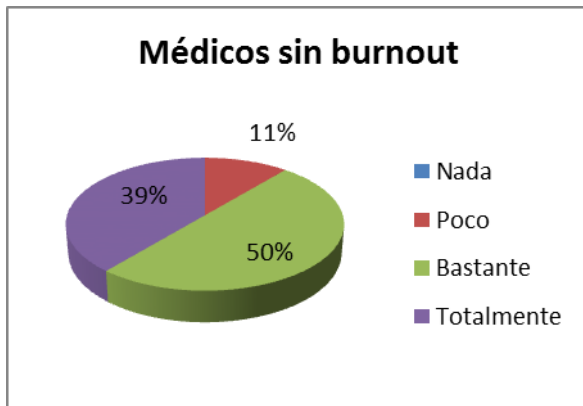


Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Entre el grupo de médicos sin burnout y enfermeras sin burnout existe un porcentaje entre 50% y 60% que perciben bastante apoyo de sus directivos; se puede observar que en un 27% de médicos sin burnout sienten poco apoyo. Mientras la visión de apoyo recibido por parte de los directivos en el caso de los médicos con burnout es negativa, con 100% que la califica como poco satisfecho.

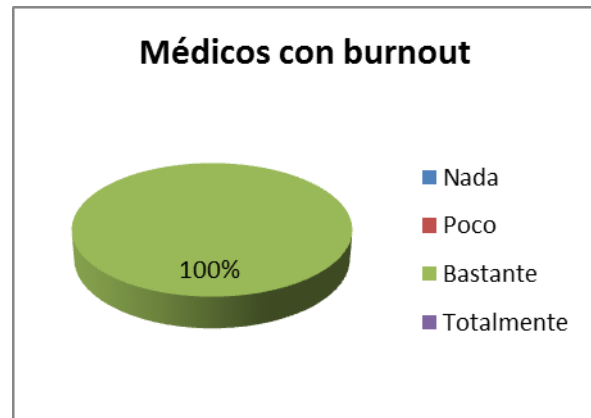
COLABORACIÓN COLEGAS

Gráfico N° 55



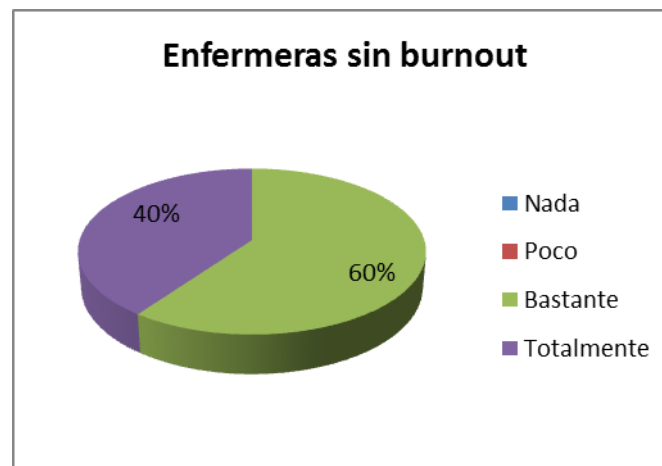
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 56



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 57

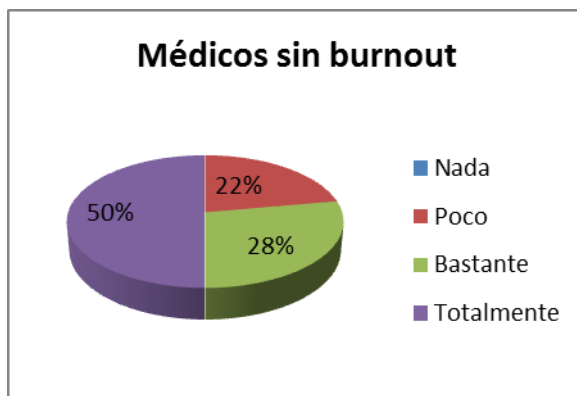


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los tres grupos en un porcentaje promedio de 90% se sienten bastante satisfechos con la colaboración entre colegas, incluso el grupo de médicos con burnout; lo que si no se puede pasar en el grupo de médicos sin burnout un 11% se siente poco satisfecho con la colaboración de sus colegas.

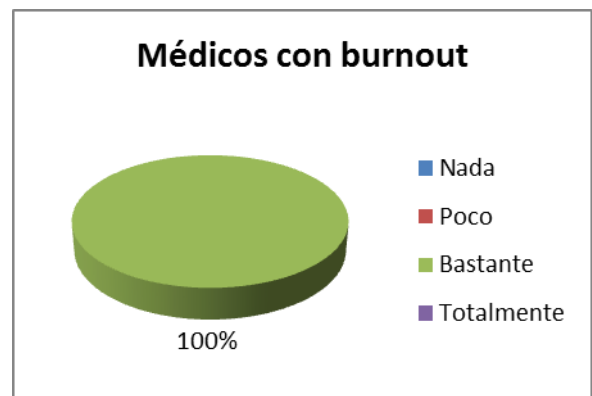
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA

Gráfico N° 58



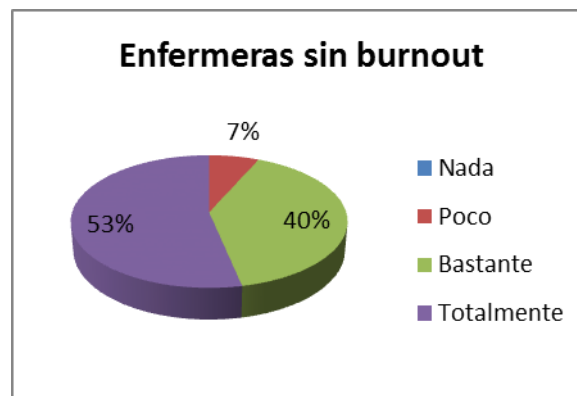
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 59



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 60

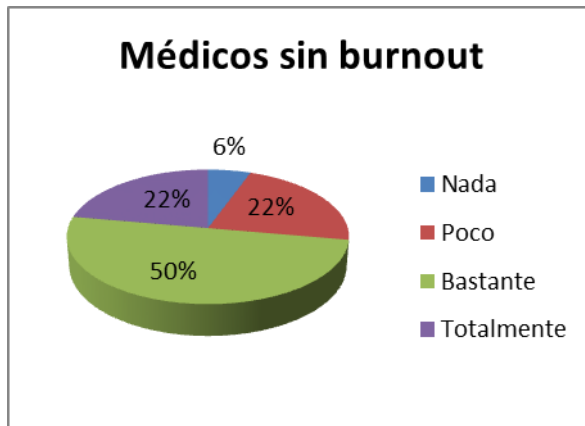


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En un 50% entre el grupo de médicos y enfermeras sin burnout se encuentran totalmente satisfechos con la experiencia laboral, en el grupo de médicos con burnout el 100% está bastante satisfecho; pero no hay que dejar pasar ciertos valores tanto con médicos como enfermeras sin burnout tienen porcentajes de 10% a 20% de tener poca satisfacción con la experiencia.

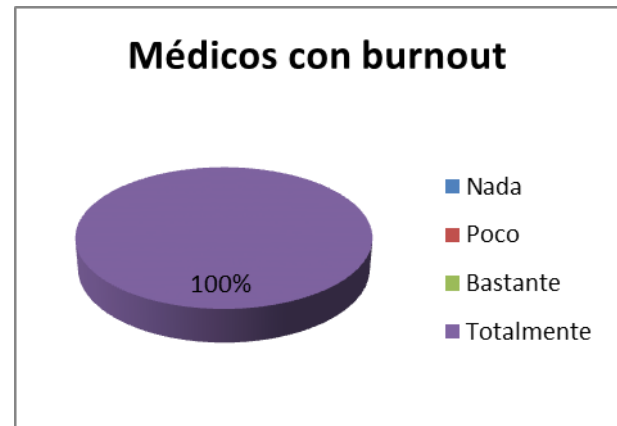
ECONOMÍA

Gráfico N° 61



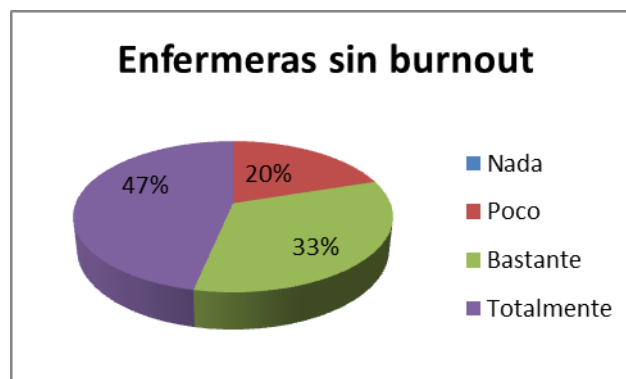
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 62



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 63

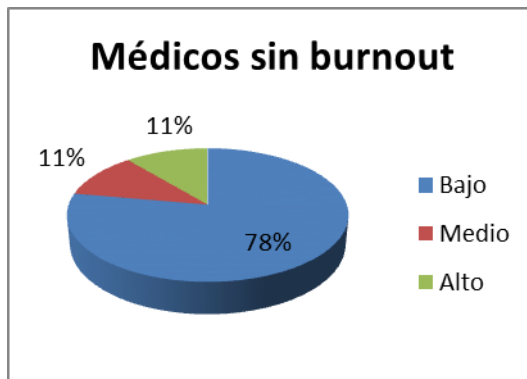


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Dentro de esta variable podemos observar que entre los grupos sin burnout hay diferencias en el bastante satisfecho con la economía con 50% en médicos y totalmente satisfecho con la economía con el 47% en enfermeras, incluso en el grupo de médicos sin burnout hay profesional en un 6% que se encuentra nada satisfecho con su economía. Lo que no sucede con el grupo de médicos con burnout se encuentra al 100% totalmente satisfecho con la economía.

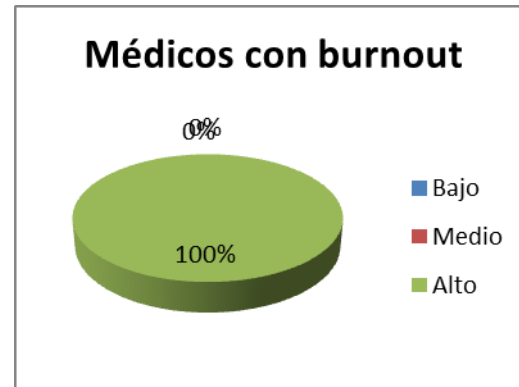
CUESTIONARIO MBI
Agotamiento Emocional

Gráfico N° 64



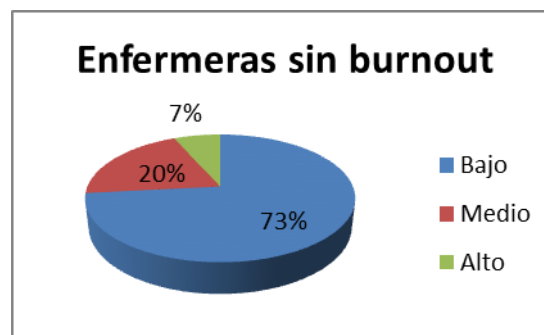
Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico N° 65



Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico N° 66



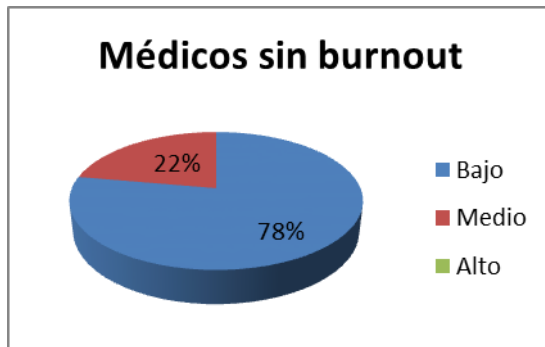
Fuente: enfermeras a través de cuestionario MBI

El grupo de médicos con burnout tiene un 100% de nivel alto en agotamiento emocional, mientras que los otros grupos prevalece el nivel bajo con el 70% en el nivel bajo y el 20% en el nivel medio.

CUESTIONARIO MBI

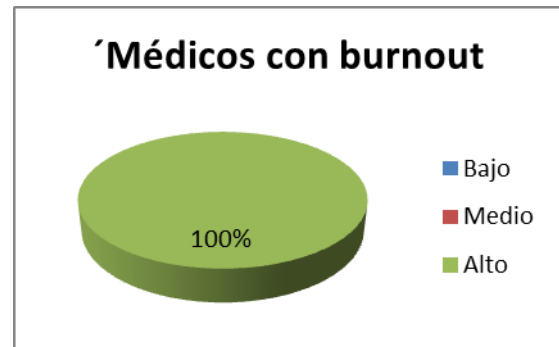
Despersonalización

Gráfico N° 67



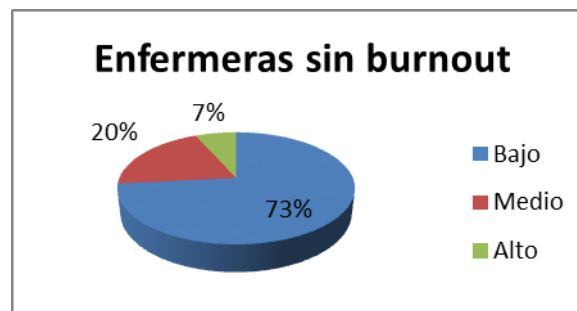
Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico N° 68



Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico N° 69



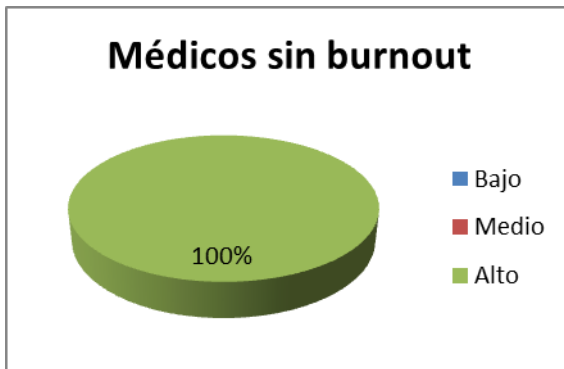
Fuente: enfermeras a través de cuestionario MBI

La despersonalización es preocupante solo en el grupo de médicos con burnout el 100% tiene un nivel alto de despersonalización; en los otros grupos en un 20% es medio y solo un 7% en el grupo de las enfermeras sin burnout tienen nivel alto de despersonalización.

CUESTIONARIO MBI

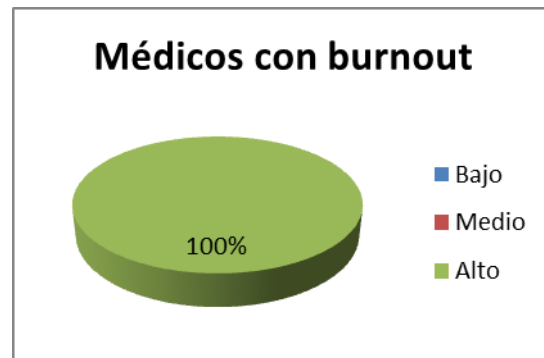
Realización Personal

Gráfico N° 70



Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico N° 71



Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico N° 72



Fuente: enfermeras a través de cuestionario MBI

Dentro de la realización personal los tres grupos tienen un 100% de un alto nivel de realización personal, podemos observar que solo un 7% de las enfermeras tiene un nivel medio de realización personal.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

Tabla N° 4

Síntomas	Médicos sin burnout				Médicos con burnout			
	Caso	%	No Caso	%	Caso	%	No Caso	%
Psicosomáticos	5	27.7	13	72.2	0	0	1	100
Ansiedad	5	27.7	13	72.2	0	0	1	100
Disfunción social	0	0	18	100	0	0	1	100
Depresión	0	0	18	100	1	100	0	0

Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ-28

Elaborado por: Ana Cantos

Tabla N° 5

Síntomas	Enfermeras sin burnout			
	Caso	%	No Caso	%
Psicosomáticos	2	13.3	13	86.6
Ansiedad	3	20	12	80
Disfunción social	0	0	15	100
Depresión	0	0	15	100

Fuente: enfermeras a través de cuestionario GHQ-28

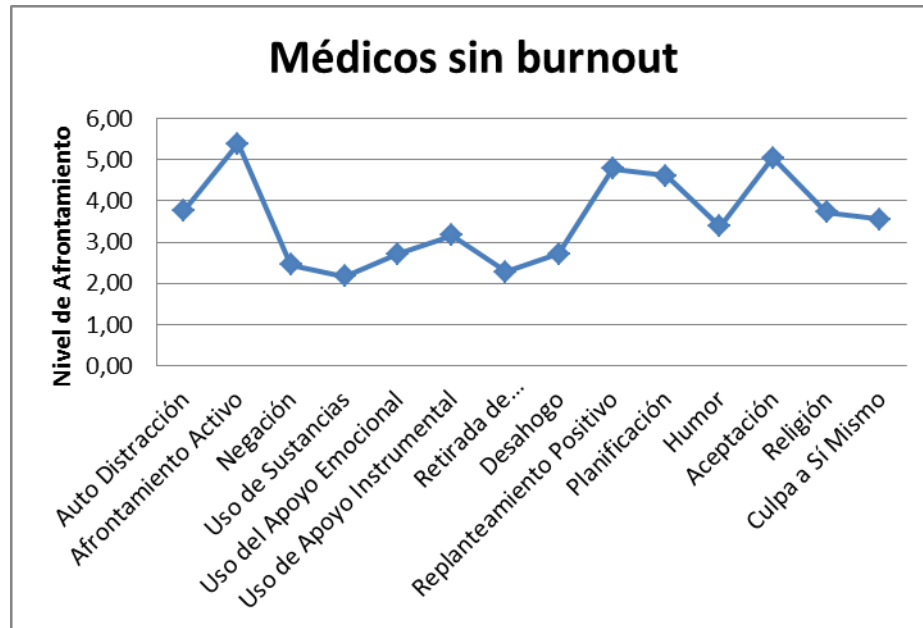
Elaborado por: Ana Cantos

En la aplicación del cuestionario de salud general GHQ-28, en el caso de los médicos (Tabla 4) arrojo resultados porcentuales de síntomas psicosomáticos en un 27.7%; coincidiendo con el mismo porcentaje los síntomas de ansiedad, se presenta en el grupo de médicos con burnout un solo caso con síntomas de depresión en un 100%.

En el caso de las enfermeras encuestadas su estado de salud general, reflejó síntomas psicosomáticos 13% y ansiedad 20%.

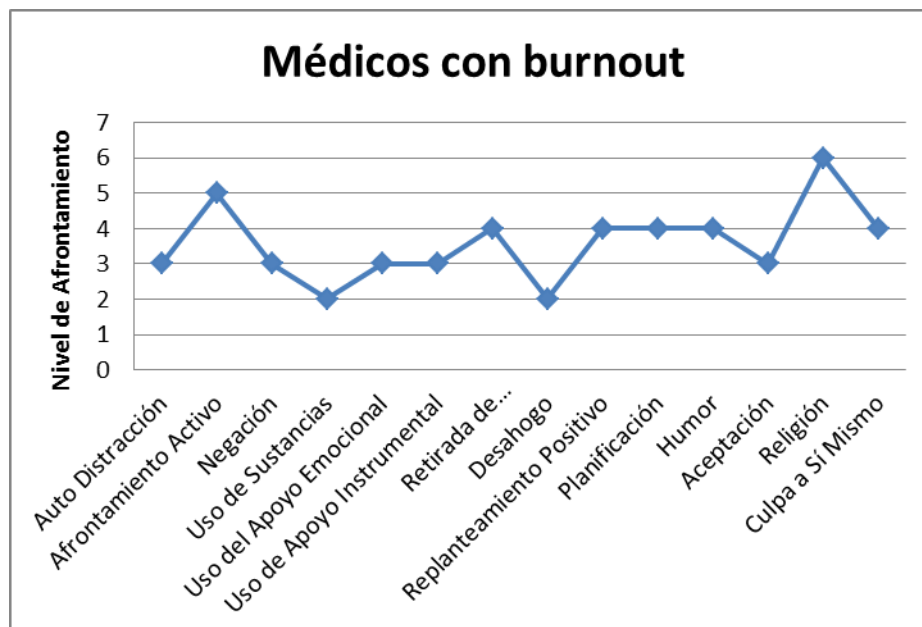
CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Gráfico N° 73



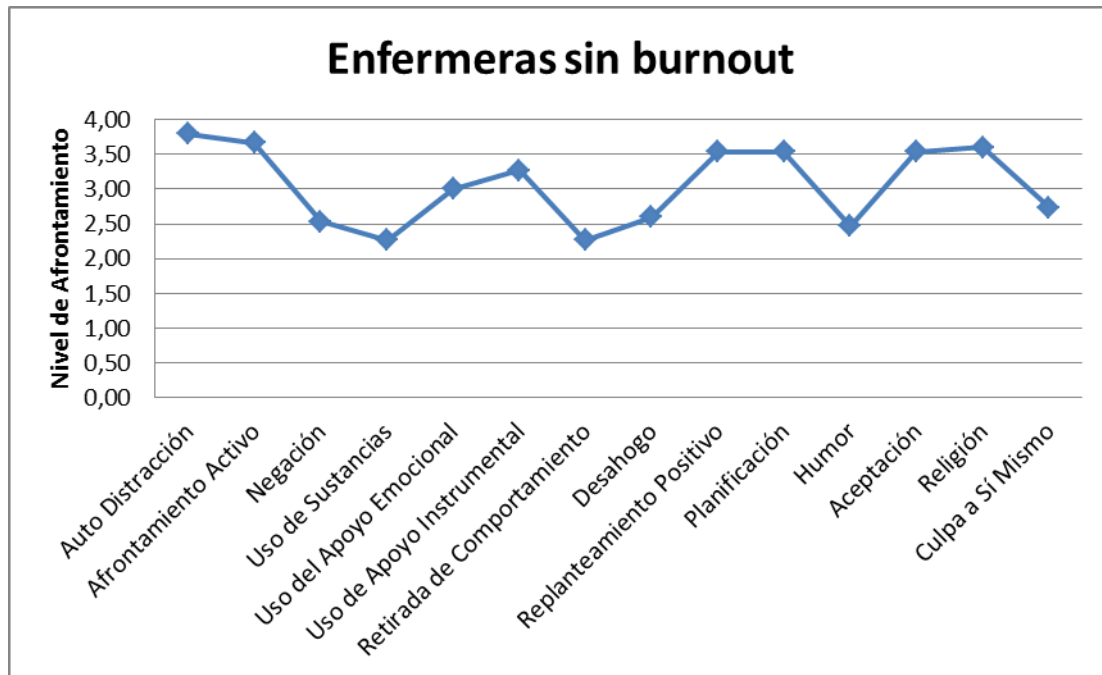
Fuente: médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico N° 74



Fuente: médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico N° 75

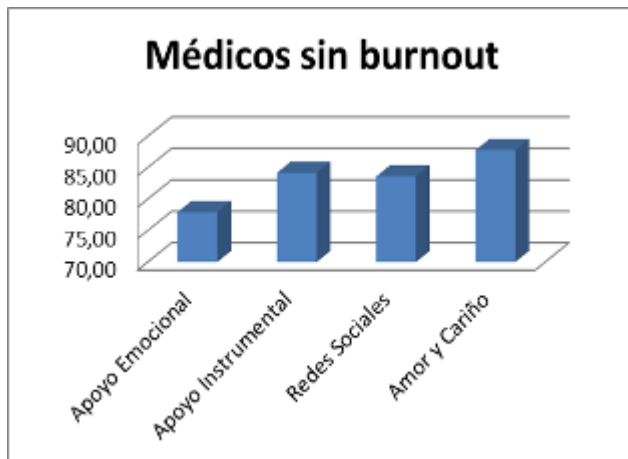


Fuente: enfermeros a través del cuestionario BRIEF-COPE

De los aspectos evaluados en el cuestionario BRIEF-COPE, podemos observar en las gráficas que en el grupo de médicos sin burnout el mecanismo de afrontamiento activo y aceptación son los más utilizados; lo que no sucede en el grupo de médicos con burnout que afronta a sus estresores aliándose en la religión en un nivel alto; y en el grupo de las enfermeras sin burnout el nivel de afrontamiento es elevado en algunos mecanismos como son auto distracción, afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación, aceptación y religión.

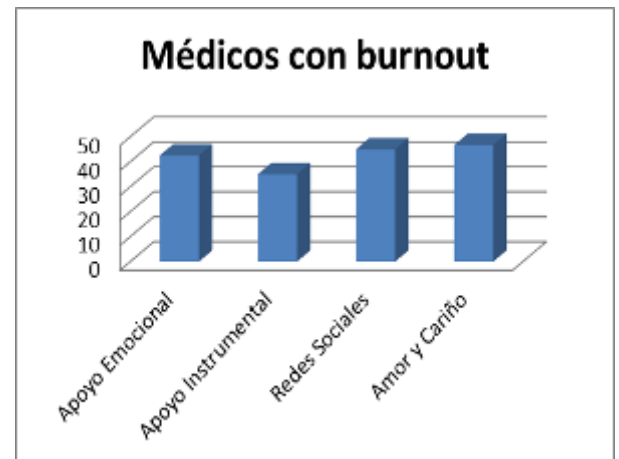
CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (AP)

Gráfico N° 76



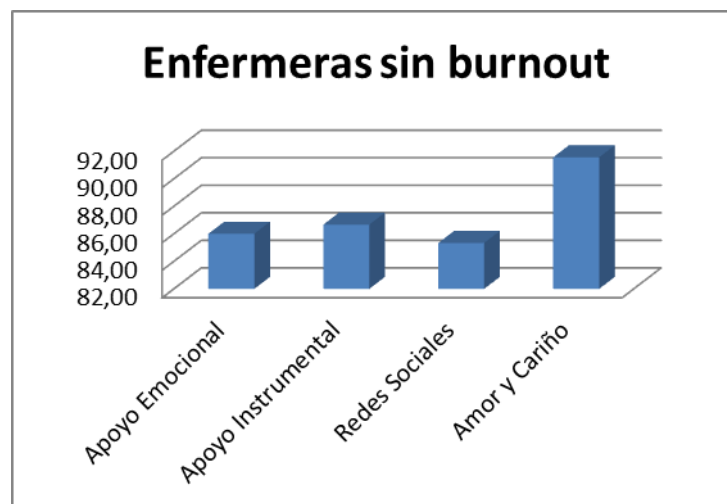
Fuente: médicos a través de cuestionario AP

Gráfico N° 77



Fuente: médicos a través de cuestionario AP

Gráfico N° 78

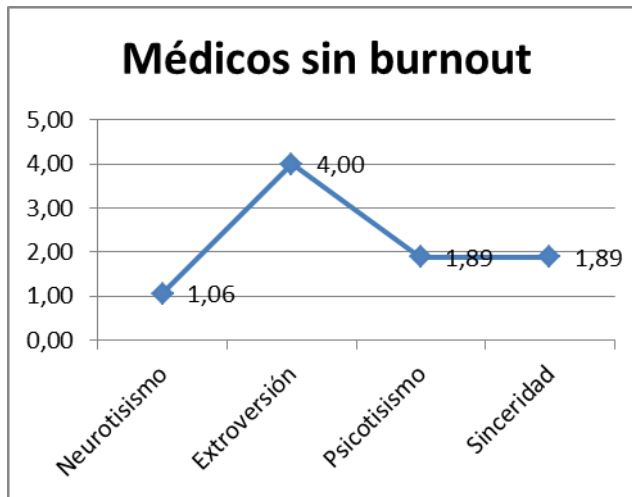


Fuente: enfermeras a través de cuestionario AP

Con el test de Apoyo Social podemos destacar que dentro del grupo de médicos sin burnout se destaca en un 90% amor y cariño como apoyo percibido; dentro del grupo de médicos con burnout hay un 50% amor y cariño así como también redes sociales; en el caso del grupo de enfermeras sin burnout puntúa en un 92% amor y cariño como apoyo social percibido.

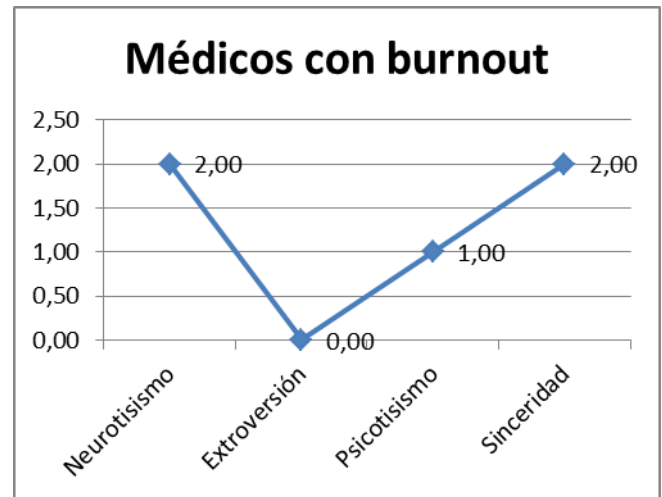
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

Gráfico N° 79



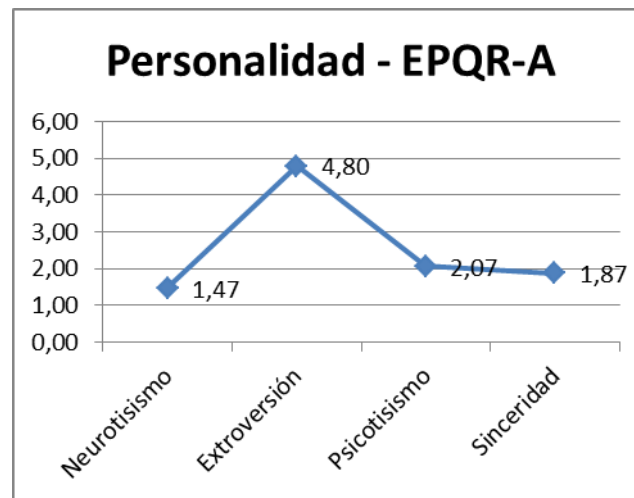
Fuente: médicos a través de cuestionario de personalidad

Gráfico N° 80



Fuente: médicos a través de cuestionario de personalidad

Gráfico N° 81



Fuente: enfermeras a través de cuestionario de personalidad

En cuanto a la personalidad de los profesionales, es notorio que el neurotismo puntúa en 1 en los médicos y enfermeras sin burnout pero en nivel alto en el caso del grupo con burnout puntúa en 2; la extroversión prevalece en los grupos sin burnout en una puntuación de 4, lo que no sucede en el grupo con burnout tiene un nivel de 0; el psicotismo está en nivel puntuado de 2 en los tres grupos; y en la caso de la sinceridad en nivel más elevado puntuando en 2 lo tiene el grupo con burnout, lo que no sucede con los otros dos grupos.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo fue realizado en una muestra de profesionales cuyas edades oscilan entre los 36 y 48 años, en dos instituciones una pública y otra particular del sector urbano de la ciudad de Latacunga. La información obtenida en el presente trabajo puede ser comprobada y verificada en el tiempo actual, en donde fueron identificados tres grupos: Médicos sin burnout, Médicos con burnout y Enfermeras sin burnout. Con este detalle de la presente investigación puedo brindar a la comunidad una visión global de la realidad que vivimos como sociedad al no saber controlar nuestros problemas, nuestras alegrías, y por ende lo que puede desencadenar en nuestro ámbito profesional.

Al hablar de estrés es enfocarse a desequilibrios: emocionales, físicos y laborales, concordando así con las investigaciones de Seyle sobre el estrés, nos manifiesta que son respuestas no específicas ante los estresores que se presentan en la vida de un individuo, hablando de estrés general, pero si no referimos Freudenberger con respecto al estrés laboral, en donde los individuos demuestran frustración ante los estresores; en la presente investigación refiriéndose a los diferentes resultados arrojados con la aplicación del Cuestionario Socio-demográfico, con sus diferentes ítems serán tomados en cuenta como posibles estresores, es importante saber que se trabajó con una población dividida en: del 100% de los encuestados 70% era de sexo femenino y el 30% restante de sexo masculino, 100% pobladores de áreas urbanas, 90% viven con otras personas, el 90% trabaja a tiempo completo a excepción del profesional con burnout que trabaja solo tiempo parcial.

Por su profesión el 90% se involucran con pacientes que tienen riesgo de muerte, y por ende han fallecido en el proceso de tratamientos. Es de vital importancia que para no dejar sus problemas familiares, capacitaciones u otras situaciones que ameriten por lo menos una vez solicitar permiso para ausentarse de la institución. Solo el 6% son profesionales de raza blanca y el 94% raza mestiza, el 80% casados, 10% solteros y en un 10% unión libre. Los promedios salariales más comunes van de \$0 a \$2000 mensuales, pero en un nivel más alto tenemos profesionales con ingresos de hasta \$3000 mensuales por brindar sus servicios.

Por ser profesionales de la salud es necesario trabajar tanto con el ámbito institucional como personal, es así que el 80% de profesionales labora en dos ámbitos el público y el privado; es importante recalcar que así como su labor es remunerada existen profesionales que se dedican a la labor social brindan servicio por convicción de ayudar, más no de lucrar. La estabilidad laboral se refleja en los contratos, ya sean para trabajos rotativos o matutinos, que por el cuidado a sus pacientes lo dedican más las enfermeras en el rotativo y los médicos en sus principios de carrera cuando son internos y residentes; en esta atención brindan al paciente del 75 al 100% de atención.

Las especialidades de los médicos hacen que sean definidos en su trabajo en cada una de las áreas como son Ginecología, Pediatría, Traumatología, Dermatología, Emergencias, etc., pero en el caso de los médicos generales tratan a los pacientes diagnosticando su enfermedad y direccionando al profesional respectivo, lo que no sucede con las enfermeras que se ligan a todas las especialidades según su turno de trabajo. Como resultado de esta investigación la edad promedio es de 36 a 48 años, con una familia en donde hay como mínimo un hijo y máximo dos. La experiencia laboral cuenta para determinar los años que se han mantenido en el arduo trabajo de compartir experiencias tanto con los pacientes como con compañeros, revisando el número de horas trabajadas, en contacto con episodios dramáticos, muertes y en el mejor de los casos con momentos felices. La institución sabiendo aún el servicio que brinda a la sociedad no aporta los recursos necesarios para la atención diaria del paciente, y de esta manera no proporciona que el profesional atienda en óptimas condiciones.

El médico y enfermera por medio de su profesión perciben un salario acorde a su nivel o contrato, esta remuneración debe ser la suficiente para cubrir sus necesidades básicas haciéndole como importante la satisfacción económica.

Es así que esta información personal hace referencia a datos personales y laborales que son influyentes para determinar los fenómenos de este síndrome; el profesional que adquirió Burnout relacionando con las diferentes investigaciones de datos sociodemográficos está dentro del sexo masculino que es el más propenso a adquirirlo pero no se enmarcó con la edad, ya que tiene 48 años de edad con 20

años de experiencia laboral, pero insatisfecho con la relación institucional y personal.

Las investigaciones de Maslach y Jackson 1986, en donde afirman que la despersonalización y deshumanización son síntomas para contraer Burnout, según la presente investigación del grupo encontrado en médicos con burnout son síntomas puntuados en nivel alto; el mismo que se presenta por el trabajo que el profesional lo realiza en el área de emergencia, labora que la realiza basado en su especialización de Emergenciólogo.

Francisco Alonso Fernández 2004, hizo una diferente categorización de profesionales agrupándolos según su labor es así que nuestro caso burnout se liga al grupo de los que tienen responsabilidad y entrega; no por eso el resto no se encuentra en el grupo ya que la profesión de médico y enfermera deben tener la responsabilidad debida y entrega total a su pacientes.

Monte y Peiró 1999, definieron tres teorías transaccionales la teoría socio cognitiva del yo, teoría de intercambio social y teoría organizacional, que delimitan ciertas características, en donde los profesionales por su labor realizan ayuda con alta motivación, la misma que se ve afectada por la aparición de ciertos factores que harán que su nivel de auto eficiencia bajen; la sociabilidad se denigra sintiendo que no es valorado ni por sus pacientes peor por sus directivos; y el clima laboral donde no exista comunicación y emana una tensión laboral será estresores a los cuales deberán afrontar de la mejor manera. Es así que el profesional con burnout siendo ubicado dentro del trabajo público y privado y con una especialización en Emergenciología se enfrenta a situaciones que le causan tensión; no el hecho de atender a sus pacientes más bien se inclina a la insatisfacción con la dirección, a la falta de recursos para poder atenderlos.

En el cuestionario MBI que determina las principales características del Burnout es decir el agotamiento emocional que aparece en un 100% en nivel alto del grupo con burnout, 11% nivel alto en los médicos sin burnout y en un 7% nivel alto en enfermeras sin burnout, en donde las características son que el profesional se sienta cansado, fatigado y sin poder dar más de sí; la despersonalización aparece en un 100% nivel alto en el grupo de médicos con burnout y solo un 7% en las

enfermeras sin burnout en este síntoma el profesional se pone a una distancia entre los sentimientos de uno mismo, actitudes y respuesta negativas; la realización personal que hace que el profesional logre un nivel alto de autoeficiencia personalmente recibida, esta es la única característica que sobresale en todos los profesionales encuestados en un 99%.

Un profesional debe saber afrontar un estresor, en el cuestionario BIEF-COPE evalúa el cómo responder ante el estrés o situaciones difíciles, para afrontar una situación es importante mantener la postura de madurez y análisis que caracteriza al ser humano, afrontado el problema buscando distractores, planificando estrategias de afrontamiento ante un estresor, búsqueda de confianza, buscar ayuda profesional en caso de necesitarlo, a cada experiencia tomarla como superación personal y profesional, aceptar siempre la realidad que nos rodea, sin culpabilidades ni mucho menos negándola. El medio en el que se desenvuelven estos profesionales hace que sea tentador el mal uso de alguna sustancia médica, ante esto el control necesario. Para los que son creyentes un poco de apego a la religión es un método de afrontamiento relajante, el pedir a Dios ayuda y paz espiritual. Y lo más importante de todo regalarse y regalar siempre una sonrisa, como ciertas investigaciones lo mencionan diciendo que la mejor terapia al estrés es la Risoterapia, tomado como comentario del Dr. Mauricio Rodríguez Psicólogo Clínico de la Fundación Manantial de Vida 2012. Es de esa manera como un profesional puede sacar el estresor que le cause malestar. Para que un individuo pueda hacer frente a un problema debe esforzarse cognitiva y conductualmente, desarrollando sus recursos para conseguir mejores resultados, así como Obrist 1981, menciona "El afrontamiento es un indicador importante en los cambios vasculares regulados por el sistema nervioso simpático"; los profesionales sin Burnout hacen referencia como métodos en común al afrontamiento activo, auto distracción y humor como medidas para evitar situaciones adversas, y el grupo con Burnout usa el afrontamiento activo y la religión para su defensa contra los estresores; con estos mecanismos de afrontamiento podrán superar síntomas cardiovasculares que pueda ocasionar las situaciones estresoras.

En cuanto a salud mental que el cuestionario GHQ-28, da a conocer los síntomas que puede presentar una persona para considerarlo como caso o no caso. Estos

síntomas pueden ser: psicósomáticos como dolores de cabeza, escalofríos y agotamientos; ansiedad con nerviosismo, pánico e insomnio; el síntoma de disfunción social y depresión; el paciente que adquirió el síndrome obtuvo un 100% en la sintomatología de depresión, este síntoma puede hacer que el profesional muestre diferentes estados de ánimo ya sea por presión, tensión o conflictos laborales, que desencadenará situaciones no favorables tanto con médicos como con pacientes, esto causado por falta de atención de los directivos a este enfoque de salud mental, motivación y estabilidad laboral. Es decir en nuestro nos hace falta cultura de aprendizaje en lo emocional, siempre están pendientes de la parte profesional o económica, lo que no sucede en Estados Unidos según lecturas bibliográficas 2002 invierten hasta 500.000 millones de dólares en programas de salud mental, para prevenir posibles caso de desequilibrio, nos falta como profesionales pedir ayuda ya sea a nuestros directivos o buscarlas personalmente para afrontar estas situaciones que producen problemas laborales

Cuando hablamos de apoyo social es brindar o percibirlo cuando se presenta una crisis o cuando nos sentimos bien es así que nos relacionamos con las investigaciones de un grupo de profesionales de la Universidad Autónoma de Madrid en los años 2007-2008, con la conclusión de conocerla composición, estructura y función de la red social, es decir hablamos de brindar y recibir apoyo tanto del medio familiar y social que hace que las personas creen un sentimiento de importancia, saber que para pedir un consejo siempre encontramos a alguien, para hacer una travesura tenemos un cómplice, para hacer deporte un hay un equipo y para ser amado y brindar amor hay alguien, este apoyo necesita toda persona, no solo como pareja, sino como amigo, como padres, como hermanos; ese alguien que retire un poco de estrés con esas palabras de aliento. Esto de acuerdo con nuestra investigación todos los profesionales de una o de otra manera saben buscar, recibir y brindar apoyo.

La personalidad es tan distinta en cada persona y tenemos rasgos que son los que nos hacen ser diferentes y sobre todo únicos, estos rasgos no son ni buenos ni malos simplemente nos caracteriza, es así que la adaptación del EPQR-A da a conocer 4 tipos de personalidad como: es el NEURÓTICO que brinda actitudes como ansiedad la misma que hizo algunos estudios Cherris 1981, Hills-Norver 1983

y Gold-Michael 1985, en donde hay cambios de humor y desórdenes psicosomáticos o a su vez evitando estos momentos son personas estables; aquellos que presentan sociabilidad, impulsividad, optimista y abierto al cambio son EXTROVERTIDOS y las personas desconfiadas, retraídas, reservadas y menos agresivas puntúan como introvertidas; PSICOTICO caracterizado por la despreocupación, crueldad, baja empatía y conflictividad; SINCERIDAD una puntuación baja en este rasgo no representa una persona mentirosa, ni tampoco una puntuación alta dice siempre la verdad: simplemente en un elevado puntaje el profesional busca dar una buena impresión y veracidad en los resultados obtenidos.

Si a estos resultados sobre la personalidad lo relacionamos con las investigaciones de Ferber 1983 en cuanto a los complementos y relaciones de los tipos de personalidad, a Micknigth y Glass 1995 quienes hablan sobre la personalidad que presentan elevados puntajes en los síntomas principales como son despersonalización y agotamiento emocional que nos dan como resultados pacientes con Burnout y el análisis tan importante sobre la personalidad mixta y diferentes modelos que realizaron Kobassa 1992 y Antonovsky 1987. En el presente trabajo el 99% se consideran extrovertidos y el 1% es introvertido que se encuentra en el grupo con burnout; preocupante puntuación alta en Neurotismo del grupo con Burnout pero a la vez es alguien sincero y no psicótico.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de haber culminado con la investigación realizada, para determinar los como identificar los fenómenos que producen burnout llegamos a las siguiente conclusiones y recomendaciones.

CONCLUSIONES

- Mediante a la investigación realizada podemos concluir que los profesionales del IESS y Clínica Continental de la ciudad de Latacunga si existe el síndrome de Burnout.
- En cuanto a la salud mental de los médicos encuestados, se ha detectado la presencia de síntomas psicossomáticos y ansiedad; existiendo el caso del Burnout con presencia de síntomas de depresión.
- Las profesionales enfermeras a las que se les encuestó solo presencian síntomas psicossomáticos y ansiedad.
- Desde el apoyo social en el caso del grupo Burnout tiene un grado alto de aceptación y afectividad del individuo y su entorno.
- En el caso de los grupos sin Burnout la percepción elevada de su apoyo social es por la apertura de cada uno de ellos a su entorno.
- Para los grupos sin Burnout los modos de afrontamiento se basan en la distracción y el humor como mecanismos de defensa ante la presencia de situaciones adversas.
- En el caso del grupo con Burnout los medios reflejados como medios de afrontamiento a situaciones adversas son el afrontamiento activo y la religión.
- Los rasgos más sobresalientes en la personalidad del grupo con Burnout fueron la introversión, grado alto de neuroticismo, presencia de psicoticismo y alto grado de sinceridad a sus respuestas.
- Ante la falta de motivación tanto física como personal se buscan opciones más concretas, el trabajo en equipo es un medio de relación intrapersonal, la falta de recursos materiales en las instituciones de salud, no deben influir en

el comportamiento de los profesionales para que no provoquen adquirir burnout.

- La estabilidad del personal de salud, en su parte emocional y física hace una referencia de tener tensión en sus labores diarias. Este es un factor importante para no provocar preocupaciones de índole laboral en su relación de dependencia, dejando establecido desde el inicio de su labor el tiempo que será contratado y pueda planificar sus actividades personales. En cuanto a afrontamiento es importante el equilibrio que mantienen los profesionales ante un estresor, se concluye que si saben usar técnicas de afrontamiento no se tensionaran y podrá salir del problema.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución en donde se detectó el caso con Burnout, dar al profesional motivación continua, persona y de equipo; además brindar los recursos necesarios, para la atención que el profesional brindará al público.
- Se recomienda al personal de Talento humano, o a su vez a los encargados del departamento de bienestar social de una institución estar en constantes investigaciones con la estabilidad y salud, tanto física como psicológica de sus profesionales.
- A la detección de posibles síntomas ansiosos, psicósomáticos o de depresión, brindar profesional, para reducir y eliminar.
- La institución deberá detectar minuciosamente casos que presenten cuadros de trastornos psicológicos, enfermedades en general, estrés, no precisamente burnout pero si niveles bajos de tensión los cuales no sepan cómo usar y cuáles son las medidas de afrontamiento para su personalidad; para lo cual sería importante que la institución cuente con personal que este en 100% capacitado en la ayuda a los profesionales que lo necesiten.
- Es de vital importancia, por parte del entorno laboral generar apoyo social, eso subirá el nivel profesional; incentivar a conocer nuevas redes sociales en los cuales puedan desenvolverse y compartir nuevas experiencias.

- Recomendar a los profesionales a autoevaluarse la personalidad, con la finalidad de que ellos mismos, generen resultados positivos en sus atenciones cotidianas.
- Recomendar el trabajo en un solo sector el que más le atraiga tanto en bienestar como en economía, ya que si bien es cierto es otra entrada de economía es una tensión más a sufrir estrés y llegar al burnout.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad de Canabria.* (2012). Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social>
- ABC, D. (2007). Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de <http://www.definicionabc.com/general/disfuncion.php>
- Alonso, M. (08 de 04 de 2004). *El Síndrome de Burnout en los Profesionales Sanitarios.* Obtenido de <http://www.areasaludbadajoz.com/datos/sesiones/burnout.pdf>
- Archivo. (2008). *Defición.de.* Recuperado el 27 de Septiembre de 2012, de <http://definicion.de/somatico/>
- Artículo. (Junio de 2011). *Innatia.* Obtenido de <http://remedios.innatia.com/c-remedios-sintomas-estres/a-tratamiento-del-estres.html>
- Artículo. (17 de 08 de 2012). *Combatir, Estrés.* Obtenido de <http://estres.comocombatir.com/causas-del-estres-factores-desencadenantes/>
- Artículo. (21 de 08 de 2012). *Crecimiento y Bienestra Emocional.* Obtenido de Síntomas y consecuencias del estrés: <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/sintomas-y-consecuencias.html>
- Artículo. (17 de 08 de 2012). *Psicología Online.* Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/pir/los-estresores-unicos-y-los-estresores-multiples.html>
- Artículo. (17 de 08 de 2012). *Psicología Online.* Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/pir/los-estresores-cotidianos-y-los-estresores-biogenicos.html>
- Artículo. (17 de 08 de 2012). *Sin estrés.* Obtenido de http://www.sinestres.info/que_es_el_estres_laboral/
- Bernardo Moreno Jimenez, José Luis Gonzalez y Eva Gorrosa. (2001). *Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida.* Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de <http://web.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Bloger, M. (25 de maro de 2011). Conciencia en movimiento. *ESTRÉS Y SALUD VI. ¿CÓMO AFRONTAS LAS SITUACIONES DE ESTRÉS?* . Jaca, Huesca, España:

<http://risoterapiajaca.blogspot.com/2011/03/estres-y-salud-vi-como-afrontas-las.html>.

- Caballeros, D. (Noviembre de 2005). *Investigación Síndrome de Burnout en la Industria Farmacéutica*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2012, de Revista de la facultad de psicología de la UCC Vol.1:
<http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/09/articulo-10-vol1-n1.pdf>
- Casas, Elisenda; Daniel Montserrat; Espunay, Carolina y Frenández Pilar. (21 de 08 de 2012). *Programa Asepeyo del control de estrés*. Obtenido de
http://www.jesuitastudela.es/descargas/SALUD/Stress/Manual_Estr%E9s.pdf
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: PEARSON.
- Depresión, a. (s.f.). Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de Estrogen replacement and response to fluoxetine in a multi-center geriatric depression trail. American Journal of Geriatric Psychiatry. 1997.
- Elvira, M. (08 de 2006). *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología comunitaria*. Obtenido de Psicología sin fronteras Vol 1.
- Goldman, D. (2007). *Experiencias Significativas*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2012, de Punto ciego 1ra Edición: <http://duarteangie11cinvestigando.blogspot.com/>
- <http://definicion.de/depresion/>. (s.f.). Recuperado el 27 de Septiembre de 2012, de <http://definicion.de/depresion/>
- <http://www.geraldinemorgan.cl/Articles/Estres/ESTRES.pdf>. (s.f.).
- <http://www.geraldinemorgan.cl/Articles/Estres/ESTRES.pdf>. (s.f.).
- IDONEOS. (17 de 08 de 2012). *El Estrés*. Obtenido de Evaluación Institucional:
<http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/index.php/345577>
- Jennifer Dávila y Paola Romero. (20 de 05 de 2010). *Tesis de la Universidad Católica Andrés Bello*. Obtenido de
http://www.bvsst.org.ve/documentos/tesis/Tesis_DD209jdavila.pdf
- José Luis Molina, Rosario fernández y Jaime Llopis. (23 de marzo de 2008). Recuperado el 27 de Septiembre de 2012, de
http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=investigaciones+sobre+apoyo+social&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdialognet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2797197.pdf&ei=OVeeUJq6B4Om9ASikCAAQ&usg=AFQjCNE_RreV69mFiEkHUuy3S5IOmPC6dQ

- León, F.-S. P. (2008). *Guía del Estrés Laboral Archivo PDF*. Obtenido de http://castillayleon.fspugt.es/uploads/documentos/documentos_documentos_guia_estres_65fb95b6b_359d5203.pdf
- Lopategui, E. (16 de 08 de 2012). *ESTRÉS:Concepto, causas y control*. Obtenido de <http://www.geraldinemorgan.cl/Articles/Estres/ESTRES.pdf>
- Maicon Carlin; Enrique Garcés. (enero de 2010). *Revista de la Universidad de Murcia*. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- MENÉNDEZ, D. G. (Septiembre de 2011). *Tesis DE INGENIERÍA EN EDIFICACIÓN*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2012, de ESTUDIO DE LA MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL EN EL COLECTIVO DE OPERADORES DE GRÚA TORRE EN EDIFICACIÓN A TRAVÉS DE UN MÉTODO CUALITATIVO: <http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/13547/GARCIA%20MENENDEZ,%20D EBORAH.pdf?sequence=2>
- Moreno Jimenez B, Garrosa Hernández E y Galver Herrer M . (2005). *Personalidad Positiva y Salud*. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de Univerisdad Autónoma de Madrid: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>
- MUCHINSKY, P. M. (2002). *PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO*. MÉXICO: THOMSON LEARNING.
- Newstrom, J. (2007). *Comportamiento Humano en el Trabajo*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Oros, L. B. (21 de noviembre de 2005). *Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización*. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17338/18077>
- Pablo, G. (1998). *Revista ELSEVIER Vol. 22 num 9*. Recuperado el 27 de Septiembre de 2012, de Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/prevalencia-sindrome-burnout-o-desgaste-profesional-los-14973-originales-breves-1998>
- Personalidad, a. (s.f.). *Diferentes tipos o rasgos de personalidad que se han encontrado tienen una relación más directa con la percepción del estrés y con la forma de afrontarlo, repercutiendo todo ello en la salud y la relación con el trabajo de la*

persona. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de
http://www.crea.es/prevencion/estres/capitulo4_1.htm

Pilar, S. (2005). *Articulo.org*. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de Definición del afrontamiento del estrés:
http://www.articulo.org/articulo/15844/definicion_de_afrontamiento_del_estres.html

Pisaal.blogia. (01 de mayo de 2010). *Pisaal.blogia*. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de <http://pisaal.blogia.com/2010/050101-definicion-del-afrontamiento-del-estres.php>

Ramirez, Z, R. (abril de 2012). "IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENOMENO, EN EL ECUADOR". *MANUAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN Y ELABORACIÓN DEL INFORME DE FIN DE CARRERA*. Loja, Loja, Ecuador: UTPL.

Roberto Castro, Lourdes Campero y Bernardo Hernández. (1997). *Revsta de Salud Pública*. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de La investigación sobre el apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n3/2277.pdf>

Salud, A. (26 de 03 de 2004). *Publicación trimestral del programa mujeres y salud ISIS Internacional*.

Sonia, A. (12 de septiembre de 2009). *Psicologicamente hablando*. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de
<http://www.psicologicamentehablando.com/personalidades-tipo-a-y-b/>

Terapéutica, A. (2011). Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de
<http://www.asesoriaterapeutica.com/patronesdeconducta.htm>

Terra.es, A. (s.f.). *Insomnio y sus clases*. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de
<http://www.terra.es/personal2/jcoliveros/insomnio.htm>

Velásquez, G. (octubre de 2011). *Salud Mental y Equilibrio emocional*. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de <http://gerardovelasquezd.blogspot.com/>

Virtual, P. (17 de 08 de 2012). *Psicología Virtual*. Obtenido de Estres Laboral:
<http://psicologiavirtual.tripod.com/estreslaboral.htm>

4 ANEXOS

- A. SOLICITUD IESS – LATACUNGA
- B. CERTIFICADO IESS-LATACUNGA
- C. SOLICITUD CLÍNICA CONTINENTAL
- D. CERTIFICADO CLÍNICA CONTINENTAL
- E. INSTRUMENTOS APLICADOS

ANEXO A



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

Ministerio Ecuadoriano Seguridad Social
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
ANEJO
SIN ANEXO
Hora: 9:12

167-E

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

*Revisado
27 MAY 2012
Y. CASO
CAB*

De mi consideración:

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

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

Conocedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr.(a) Director (a) se autorice a CANTAS MERISAC ANA VACA PSICÓLOGA DE LA CEDA 6562619659 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,

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



306
[Signature]
Dr. Mario Herrera Galvar
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL IESS LATACUNGA
17 MAY 12

ANEXO B



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
I.E.S.S. HOSPITAL DE LATACUNGA

CERTIFICACION

En mi calidad de Director Administrativo del Hospital del IESS de Latacunga, y ha pedido verbal de la interesada, tengo a bien:

CERTIFICAR QUE; La Sra. Cantos Moreno Ana Lucía, portadora de la cédula de identidad 0503049884, aplicó la encuesta sobre el Síndrome de Bornout a los Médicos que laboran en diversos servicios del IESS Hospital de Latacunga, desde el 07 de mayo al 18 de mayo del 2012.

La mencionada señora puede hacer uso del presente certificado dentro de los términos legales permitidos por la ley ecuatoriana.

Latacunga, 29 de junio de 2012

Atentamente

Dr. Mario Herrera Gaivor
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL IESS LATACUNGA



ANEXO C



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

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

De mi consideración:

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

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

Conocedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr.(a) Director (a) se autorice a CARLOS MORALES ANA LUCIA RESTANCO DE LA CORDOVA 0952099884....., 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**




21-05-2012

CLINICA
CON.....IAL

ANEXO D

**CLINICA
CONTINENTAL**
ESPECIALIDADES MEDICAS

CERTIFICACION

MEDICINA GENERAL
MEDICINA INTERNA
GASTROENTEROLOGIA
ENDOSCOPIA
UROLOGIA
CARDIOLOGIA
ONCOLOGIA
OBSTETRICIA
NEFROLOGIA
OPHTALMOLOGIA
PEDIATRIA
NEUMATOLOGIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
QUIRURGIA ESTETICA
FISIOTERAPIA
MAXILOFACIAL
TERAPIA DOLOR
TRAUMATOLOGIA
QUIRURGIA DE LA MANO
QUIRURGIA GENERAL
QUIRURGIA LAPAROSCOPICA
NEUROQUIRURGIA
NEFROLOGIA
QUIRURGIA PEDIATRICA
QUIRURGIA VASCULAR
LABORATORIO CLINICO
RAYOS X
ECOGRAFIA

Latacunga, 28 de septiembre del 2012

A quien corresponda:

Quien suscribe certifica que la Srta. CANTOS MORENO ANA LUCIA aplico las encuestas sobre el **SÍNDROME DE BURNOUT** al personal de médicos y enfermeras en nuestra institución desde el veinte y uno (21) de mayo al veinte y cinco (25) de mayo.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, la interesada puede hacer uso del presente según sus intereses personales.

Atentamente:

**CLINICA
CONTINENTAL**

Lcda. Karla Salinas
Administradora
CLÍNICA CONTINENTAL

CLINICA
CONTINENTAL

Avenida Ferrnigo
Romero y Corzo
y Angel Mendo Sika
Barrio Puro punto
Teléfono: (03) 2813 816
LATACUNGA ECUADOR

ANEXO Nro. E1


**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 001-2000 USD 001-3000 USD

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos
Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada”,

2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

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

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

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

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

ANEXO E2

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). Seis dedos, (1997). Recuperado <http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf>

Anexo E3

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

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo se ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido.

Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

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

<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

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

[http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

Anexo E4
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 E5

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 E6

**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).