



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Arévalo Herrera, Karla Meliza

DIRECTORA: Pineda Cabrera, Nairobi Jackeline, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Nairobi Jackeline Pineda Cabrera

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja”** realizado por: Arévalo Herrera Karla Meliza; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre 21 del 2016

f) _____

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Karla Meliza Arévalo Herrera declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación **“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja”** de la Titulación de Psicología, siendo Nairobi Jackeline Pineda Cabrera director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f: _____

Autor: Arévalo Herrera Karla Meliza

Cédula: 1713592754

DEDICATORIA

A mi madre, por su apoyo, sus sabios consejos y acertadas opiniones; por su motivación constante y sobre todo por los valores inculcados que me han permitido cada día ser una mejor persona.

A mi padre, por su amor, por su demostración de confianza en mis actos, por los ejemplos de perseverancia y rectitud que lo caracterizan, por el valor mostrado para salir adelante bajo cualquier circunstancia.

A mis hermanos, por ser ejemplo; de quienes he aprendido de aciertos y momentos difíciles brindándome siempre su amor y apoyo.

A mi esposo, por ser el compañero inseparable de cada jornada, por brindarme la fuerza necesaria para no decaer en momentos difíciles y de cansancio.

A mi hija, por llegar en el momento más oportuno y ser la mayor fuente de inspiración y superación.

Para todos ustedes, pilares fundamentales en mi vida, porque creyeron en mí dándome ejemplos dignos de superación y entrega.

AGRADECIMIENTO

Al término de esta etapa, tras varios años de esfuerzo, sacrificio y dedicación quiero expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me han alentado a lograr esta hermosa realidad: mis padres. Quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento; depositando su entera confianza en cada reto que se me presenta sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad.

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, al concederme los medios necesarios para continuar mi formación, siendo un apoyo incondicional para lograrlo.

A la Mgtr. Nairoby Pineda Cabrera, quien con su profundo conocimiento ha solventado cada una de mis inquietudes para la guía y realización de la presente tesis; por su apoyo incondicional y su tiempo.

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACION DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y SESION DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I	
1. Marco Teórico.....	5
1.1 Conceptualización del Burnout.....	6
1.1.1 Definiciones del Burnout.....	6
1.1.2 Modelos explicativos del Burnout.....	8
1.1.3 Delimitación histórica del Síndrome de Burnout.....	10
1.1.4 Poblaciones propensas al Burnout.....	11
1.1.5 Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.....	12
1.1.6 Características, causas y consecuencias del Burnout.....	13
1.1.7 Prevención y tratamiento del Síndrome Burnout.....	14
1.2 Conceptualización de las variables de investigación.....	15

1.2.1 Burnout y la relación con las variables sociodemográficas y laborales.....	15
1.2.2 Motivación y satisfacción laboral.....	16
1.2.3 Investigaciones realizadas.....	17
1.3 El Burnout y la relación con la salud.....	18
1.3.1 Definiciones de Salud.....	18
1.3.2 Síntomas somáticos.....	18
1.3.3 Ansiedad e insomnio.....	19
1.3.4 Disfunción social en la actividad diaria.....	19
1.3.5 Tipos de depresión.....	20
1.3.6 Investigaciones realizadas.....	21
1.4 El Burnout y el afrontamiento.....	21
1.4.1 Definición de afrontamiento.....	21
1.4.2 Teorías de afrontamiento.....	22
1.4.3 Estrategias de afrontamiento.....	22
1.4.4 Investigaciones realizadas.....	23
1.5 El Burnout y la relación con el apoyo social.....	23
1.5.1 Definición de apoyo social.....	23
1.5.2 Modelo explicativos del apoyo social.....	24
1.5.3 Apoyo social percibido.....	24
1.5.4 Apoyo social estructural.....	25
1.5.5 Investigaciones realizadas.....	25
1.6 El Burnout y la relación con la personalidad.....	25

1.6.1 Definición de personalidad.....	25
1.6.2 Tipos de personalidad.....	26
1.6.3 Patrones de conducta.....	28
1.6.4 El locus de control.....	28
1.6.5 Investigaciones realizadas.....	29
 CAPITULO II	
2. Metodología.....	30
2.1 Diseño de investigación.....	31
2.2 Participantes.....	31
2.3 Instrumentos.....	32
2.4 Recolección de datos.....	33
 CAPITULO III	
Resultados Obtenidos.....	35
Tabla N°1.....	36
Tabla N°2.....	37
Tabla N°3.....	38
Tabla N°4.....	39
Tabla N°5.....	40
Tabla N°6.....	41
Tabla N°7.....	42
Tabla N°8.....	43
Tabla N°9.....	44

Tabla N°10.....	45
Tabla N°11.....	46
Tabla N°12.....	47
Tabla N°13.....	48
Tabla N°14.....	49
Tabla N°15.....	50
Tabla N°16.....	51
Tabla N°17.....	52
Tabla N°18.....	53
CAPITULO IV	
Discusión de resultados.....	54
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	67

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo la “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja.”

La metodología utilizada es descriptiva, exploratoria, cuantitativa y transversal, que busca obtener datos reales no susceptibles de manipulación que sirvan de instrumento para futuras investigaciones.

La recolección de datos se realizó con el cuestionario socio demográfico, de personalidad, de apoyo social, de salud general, de afrontamiento y cuestionario de MBI, a 15 médicos y 15 enfermeras del sector público y privado; donde se determinó que el 6.6% de profesionales presentan síndrome de Burnout. Se puede deducir que se trata de un desgaste prematuro, tomando en cuenta que 5 años de ejercicio profesional es relativamente poco tiempo para presentar el síndrome.

Con el análisis de la investigación se concluye que 2 de los 30 profesionales de la salud, presentan el Síndrome de Burnout; es decir el 6.6% de la población evaluada, mismo que revela un valor estadístico real en nuestro medio y permitirá buscar alternativas de intervención para su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Burnout, médicos, enfermeras, agotamiento emocional.

ABSTRACT

This paper aims to “identification of Burnout in healthcare and factors related to this phenomenon, in public and private hospitals in the cities of Quito and Loja”

The methodology is descriptive, exploratory, quantitative and transversal, which seeks to obtain real data not susceptible to manipulation as tools for future research.

Data collection was performed with the socio demographic questionnaire, personality social support, general health, coping and MBI questionnaire, 15 doctors and 15 nurses from the public and private sector; where it was determined that 6.6% of professionals presented burnout syndrome. It can be deduced that it is premature wear, considering that 5 years of professional practice is relatively little time to present the syndrome.

With the analysis of the research is concluded that 2 of the 30 health professionals, have the burnout syndrome; that is to say 6.6% of the study population, it reveals a real statistical value in our environment and allow intervention to seek alternative treatment.

KEYWORDS: Burnout, doctors, nurses, emotional exhaustion.

INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, vanguardista en aspectos humanos y sociales, ha desarrollado para el Programa de Graduación la investigación relacionada con el tema: “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja.”

El síndrome de Burnout es un mal que aqueja a diversas profesiones, no solo a aquellas relacionadas con el cuidado y la salud. Se lo define como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado.”(Pines, 1998)

Rodríguez (1995), menciona que el grupo profesional más importante dentro del estudio del Burnout es el que está relacionado con los médicos y las enfermeras, por considerar que dentro las características de estas profesiones está la de involucrarse emocionalmente.

Dentro de este contexto, el presente trabajado investigativo tiene la finalidad de determinar factores asociados con el Burnout en profesionales de la salud tales como: el estado de la salud mental de los profesionales, identificar el apoyo social precedente de la red social, conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud y, por último identificar los rasgos de personalidad de los profesionales que sean identificados con el Burnout; resultados que formarán parte de una nueva fuente de conocimiento en nuestro país.

La muestra para esta investigación fue tomada en 15 médicos y 15 enfermeras de hospitales públicos y privados en las ciudades de Quito y Loja. La mayor parte de ellos, no presentaron el síndrome Burnout; pero cabe indicar que entre los profesionales investigados, el porcentaje menor que presenta el síndrome son jóvenes y solteros.

La metodología utilizada para ésta investigación se caracteriza por ser transversal (analiza el nivel de las variables en un momento específico), descriptiva (mide información sobre cada una de las partes para detallar lo que se investiga), cuantitativa (analiza y mide información numérica de los profesionales evaluados), y no experimental (se observan los fenómenos en ambiente natural para luego analizarlos).

Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos que permitieron medir la prevalencia del síndrome en los trabajadores del sector salud, tales como Cuestionario Socio Demográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de salud Mental (GHC-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF_COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, y Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Se estudian dos capítulos: el primero contiene la delimitación teórica del Burnout, naturaleza, causas, consecuencias, evolución, síntomas, estrategias de prevención, tratamiento y la población de alto riesgo; y el segundo, el análisis de las variables relacionadas con la temática. Continúa con la metodología, que contiene datos del diseño de investigación: participantes, instrumentos y recolección de datos.

Una vez concluida la investigación, se constató la presencia del síndrome de Burnout en 1 médico y 1 enfermera de la totalidad de la muestra. El factor determinante fue el alto nivel de agotamiento emocional y alto nivel de despersonalización que presentaron los profesionales investigados; que junto a factores sociodemográficos, de afrontamiento, de apoyo social, de personalidad y de salud general contribuyeron en el apareamiento y desarrollo del Burnout.

MARCO TEÓRICO

1.1-Conceptualización del Burnout

1.1.1-Definiciones del Burnout

Uno de los términos más utilizados hoy en día es el Síndrome de Burnout, que se lo traduce al castellano, como el síndrome de desgaste profesional, o al hecho de estar quemado, desgastado, exhausto, o con pérdida de ilusión por trabajar.

Freudenberger (1974), describe el Burnout como una “sensación de fracaso y una experiencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

Haciendo mención a esta descripción, el resultado conlleva a la observación de que el síndrome de Burnout se presenta en los profesionales como una respuesta al extremado cúmulo de actividades, generando una sensación de fracaso y reducida realización personal al no poder cumplir con las exigencias laborales; manifestando sentimientos de incompetencia, alejamiento para mantener relaciones interpersonales y falta de productividad en el trabajo. Esto evidencia que todo sobre esfuerzo realizado no lleva a resultados positivos; por el contrario, trae inconvenientes tanto para el individuo como para la organización.

Pines y Kafry (1978), definen el Burnout como “Una experiencia general de agotamiento físico, emocional y de actitud”.

Esto es visto como una combinación de sensaciones que terminan por devastar a quienes la padecen, separándolas del ambiente laboral. La paulatina reducción del interés de hacer un trabajo, mezcla emociones que se transforman en conductas que el individuo no puede advertir. En esta definición, los autores destacan el “agotamiento” como síntoma principal del síndrome Burnout.

Dale (1979), entiende el Burnout como “la consecuencia del estrés laboral que podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo”.

Este síndrome de desgaste profesional se tomaría medible, cuantificando el nivel de estrés de quien lo padece.

Cherniss (1980), enfatiza la importancia del trabajo como antecedente en la aparición del Burnout, y lo define como “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con tareas frustrantes o con excesivas demandas”.

La definición que presenta este autor, ya no sólo la describe como un síndrome con características específicas; sino que empieza a estudiar y a considerar factores que lo anteceden y factores que lo desencadenan.

Maslach y Jackson (1981), tienen la definición de síndrome de Burnout más consolidada, pues consideran que es “una respuesta inadecuada a un estrés crónico que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo”.

Farber (2000), describe el Burnout como “un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajo, por conseguir mejores resultados en el menor tiempo y con los mínimos recursos posibles”.

En la primera definición las autoras conciben el Burnout como un síndrome que se desarrolla progresivamente en respuestas negativas con las personas que se trabaja y en la pérdida de su propio rol profesional. Mientras Farber hace referencia a la globalización que ha experimentado el mundo entero en los últimos años; ocasionando el incremento en la exigencia de los empleados por tratar de ocupar los primeros puestos dentro de sus organizaciones, sin tomar en cuenta que su principal herramienta de trabajo que es la salud.

Haciendo referencia a las definiciones anteriores, en la actualidad el término de síndrome de Burnout se aplica a diversos grupos de profesionales que incluye desde directivos hasta amas de casa, y se explica que éste, es el resultado de un proceso donde el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral, y que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces.

Los sujetos en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, se esfuerzan en exceso y de manera prolongada en el tiempo. Además, la sobre exigencia, la tensión y la frustración por resultados no esperados, originan riesgos de enfermarse física (alteraciones psicosomáticas) y/o mentalmente (estados ansiosos, depresivos, alcoholismo, etc.).

Las precisiones de los autores citados muestran que al paso de los años la iniciativa propia se desgasta, dando paso a que el juramento hipocrático no se cumpla por la agotadora rutina.

1.1.2. Modelos explicativos del Burnout

En razón de las diversas causas que ha suscitado el síndrome de Burnout, los modelos explicativos han permitido su estudio desde distintos aspectos; siendo los más relevantes para su investigación:

Modelos etiológicos basados en la teoría sociocognitiva del yo.

Estos modelos dan importancia a variables como: autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto; que influye en lo que el sujeto percibe y hace.

Modelo de Competencia Social de Harrison (1983): Este autor manifiesta que la mayor parte de trabajadores que inician su trayectoria laboral en las áreas de servicio y ayuda, se sienten altamente motivados por el deseo de atender a los demás; sin embargo en el ambiente de trabajo se encontrará con factores de ayuda y factores de barrera. Los primeros facilitarán el éxito en su trabajo, y los segundos dificultarán las expectativas con las que inició su labor, llegando así a desarrollar sentimientos de incompetencia e ineficacia laboral, que si permanecen con el tiempo pueden dar lugar al padecimiento del síndrome de Burnout.

Modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993): Este autor hace referencia a la importancia de la consecución exitosa de las metas planteadas por el individuo para aumentar su eficacia, ya que creen que pueden afrontarlas de forma exitosa y experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras.

Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993): Estos autores reducen las causas del síndrome a cuatro variables: las discrepancias entre la demanda de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito y sus sentimientos de autoconfianza...se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora... (Martínez 2010).

Modelos Etiológicos basados en las Teorías de Intercambio Social

Estos modelos dan importancia a la relación existente entre el profesional y sus compañeros de trabajo, usuarios y clientes, que puede generar percepciones de falta de equidad o de ganancia, que lo lleva a la conclusión que aporta más de lo que recibe a cambio de su implicación personal y su esfuerzo. Esta falta de equidad favorece el desarrollo de sentimientos de inadaptación a la situación que presenta, lo que desencadenaría en el síndrome de Burnout.

Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993): Explica la doble etiología del síndrome de Burnout; la primera, la relación de intercambio social con los pacientes, y la segunda los procesos de afiliación y comparación social con sus compañeros.

Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Fredy (1993): Este modelo indica que el estrés surge cuando el individuo ve que aquello que le motiva le está amenazado. Lo recomendable es aumentar los recursos del empleado, y así eliminar la vulnerabilidad a perderlo.

Modelos Etiológicos Basados en la Teoría Organizacional

Determinan la importancia de los estresores desde el aspecto organizativo, y la búsqueda de estrategias para mejorar las condiciones de trabajo, evitando que se genere el síndrome de Burnout.

Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988): Estos autores indican que el síndrome se desarrolla en una secuencia de tiempo; es decir que la ocurrencia de un episodio precipita el desarrollo de otro. En este sentido la falta de interés es la primera fase del síndrome, seguida por la disminución de la realización personal; y concluye con el aumento de agotamiento emocional.

Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993): Consideran que el estrés laboral inicia cuando las estrategias de afrontamiento del trabajador no resultan eficaces; lo que conlleva al agotamiento emocional que es la dimensión central del síndrome de Burnout.

Modelo de Winnubst (1993): Este autor destaca que las distintas estructuras dan lugar a culturas organizacionales diferentes; basándose en la estructura, cultura y clima organizacional como variables que anteceden al síndrome de Burnout.

Modelos de procesos

Estos modelos reconocen que el desarrollo del síndrome de Burnout, se realiza por medio de procesos que se van produciendo en el transcurso de adaptación por el que tiene que pasar el profesional.

Modelos tridimensionales como MBI-HSS - Maslach (1982), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) Leiter y Maslach (1988) Lee y Ashforth (1993) Gil-Monte (1994): Reconocen tres dimensiones como el proceso de desarrollo del Burnout, y se basan en los aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización), Quiceno, J. y Alpi, S. (2007).

Modelo de Leiter y Maslach (1988): Las personas desarrollan sentimientos de agotamiento emocional como respuesta al estrés del trabajo, estos autores expresan que la dimensión fundamental del Burnout es el agotamiento emocional, seguido por la despersonalización y la realización personal, por lo tanto quien desencadenaría el Burnout sería la dimensión de agotamiento emocional.

Modelo de Golembiewski et al. (2003): La despersonalización es la dimensión que desencadena el proceso del síndrome de Burnout, sin embargo, la dimensión que más contribuye a que el profesional se quemé, es la dimensión de agotamiento emocional.

Modelo de Price y Murphy - Price y Murphy (1984): Entiende al síndrome de Burnout como un proceso por el cual se da la adaptación a las situaciones de estrés laboral, y que el profesional se enfrenta a una primera etapa de dificultades que se le presentan en su trabajo, y si no logra superarlas pasaría a la segunda etapa, solicitar ayuda para lograr equilibrio.

Modelo de Gil Monte (2005): Este autor identifica dos tipos de perfiles. El primero, cuando el profesional presenta desilusión por su trabajo frente a desgastes psíquicos e indolencia; pero no tiene sentimientos de culpa. El segundo perfil, a más de presentar los síntomas del primero tiene ya sentimientos de culpa; lo que generalmente constituye un problema más serio que identificarían a casos clínicos más severos.

1.1.3 Delimitación histórica del síndrome de Burnout

El llamado síndrome de Burnout, o desgaste profesional, fue utilizado por primera vez por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger en el año de 1974 para definir el desgaste extremo de un empleado. Luego, lo adoptaron los sindicatos y abogados como elemento de ayuda para mencionar los problemas físicos generados por un grado de agotamiento excesivo; y en la actualidad es una de las causas más importantes de incapacidad laboral.

Su origen estaba centrado en los trabajadores del sector servicios, es decir, de “gente que trabaja con gente”; sin embargo su significado ha trascendido de tal manera que en nuestros días se puede escuchar del síndrome de Burnout en trabajadores de distintas ramas.

Es así que desde hace más de tres décadas se identifica a éste síndrome como un conjunto de síntomas que deterioran la salud del profesional, llevándolo al aislamiento y en ocasiones a la renuncia de su trabajo.

1.1.4 Poblaciones propensas al Burnout

Alonso-Fernández (1997), catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, establece una clasificación de trabajadores que sufren Burnout:

- Empresarios, directivos: estrés de competitividad;
- Escritores, artistas, investigadores: estrés de creatividad
- médicos, enfermeras: estrés de responsabilidad y entrega
- Profesores, funcionarios, vendedores: estrés de relaciones
- periodistas: estrés de prisa
- Trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden: estrés de miedo
- Trabajadores parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos: estrés de aburrimiento

Como se puede observar, el síndrome de Burnout no es exclusivo de profesión alguna. Se presenta por varios factores de la vida cotidiana y ocupacional; así puede tenerlo desde el gerente de una empresa hasta atacar a un deportista; como a una enfermera y un policía.

Las causas de esta enfermedad se dirigen a profesionales que tienen relación continua con el sufrimiento y la muerte, trabajan por largos periodos de tiempo y jornadas superiores a las ocho horas.

Son también más propensos a sufrir este tipo de estrés las personas con altos grados de responsabilidades y capacidades, o en empleos donde el trabajador tiene contacto con el público. Sin embargo los profesionales más afectados son los que dan servicio relacionados con la salud. En este caso la profesión no es algo externo al individuo, incluye un total

compromiso con las personas a las que atiende, por lo que suelen trabajar en aspectos como sufrimiento, ira, frustración, miedo, etc.

1.1.5 Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989) afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico.

Para Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout tiene cuatro fases que comprenden su desarrollo:

- Fase de entusiasmo: cuando el trabajo inicialmente se experimenta como algo estimulante.
- Fase de estancamiento: cuando se comienzan a plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de si vale o no la pena, las expectativas iniciales se oscurecen, los objetivos ya no son tan claros y comienzan a aislarse y a interpretar negativamente las propuestas. Aparecen los primeros síntomas (dolores de cabeza, estomacales, aburrimiento).
- Fase de frustración y apatía: cuando las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien salvemos positivamente la situación (recobremos la ilusión por nuevos proyectos, las motivaciones), o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se van haciendo más crónicos, y se va adoptando una actitud irritable, de paso del tiempo, dudas, inadecuación con las tareas, etc.
- Fase de distanciamiento o quemado: cuando se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, y es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas.

Personas entusiastas se plantean diversas metas al ejercer su profesión, pero muchas veces éstas no se pueden concluir, por las demandas que exige su cumplimiento, esto da lugar a un estancamiento profesional que genera frustración, llevándolas a que dichas personas desarrollen una actitud apática frente a los problemas de los demás y a su trabajo, reducen su tiempo dedicado a la labor, se limitan a mantener su puesto de trabajo, y a nivel cognitivo y emocional se sienten colapsados.

Tomando en cuenta que el síndrome de Burnout es un proceso de respuesta a lo cotidiano de ciertos acontecimientos; este se desarrolla de acuerdo a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología sea distinta entre una y otra persona, influye en ahondar las discrepancias de unos autores y otros al momento de definirlo; dependerá pues, a qué se le dé más importancia: al síntoma que se le presente o a la secuencia del proceso.

1.1.6 Características, causas y consecuencias del Burnout

Según Maslach (1981) el síndrome de Burnout tendría características como:

- Síntomas de pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico, fatiga, desgaste y sentimiento de estar al límite de sus posibilidades.
- Desinterés, distanciamiento emocional y rechazo a las personas con las que trabaja.
- Endurecimiento y deshumanización frente a las personas que atiende, en ocasiones puede llegar a tratarlos como si fueran objetos.
- Incapacidad de empatía y sentimientos de no poder ayudar a los usuarios o personas que necesitan ser atendidos.
- Sentimientos de baja autoestima y efectividad en el trabajo.
- Sentimientos de ser un fracasado en su profesión por no haber alcanzado sus expectativas planteadas.

Son múltiples las causas que desencadenan el síndrome de Burnout, pero principalmente se da entre quienes tienen profesiones de alto contacto con gente, tienen horarios de trabajo excesivos (turnos o sobrecarga laboral), por inconformidad con la remuneración, por el mal clima laboral (problemas internos entre la empresa y el individuo, falta de especificidad de funciones, compañeros problemáticos), e incluso cuando no han cambiado de ambiente laboral por un largo periodo de tiempo.

Las consecuencias no sólo afectan a la persona o al grupo de personas, sino también a la economía y la imagen de la organización; que se refleja a través de la satisfacción laboral disminuida, el ausentismo laboral elevado, el bajo interés por las actividades laborales, el deterioro de la calidad de servicio de la organización, el aumento de los conflictos

interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización, el aumento de la rotación laboral no deseada y el aumento de accidentes laborales.

1.1.7 Prevención y tratamiento del síndrome Burnout

La prevención es un factor fundamental para reducir o evitar los efectos que produce el síndrome de Burnout. No se ha llegado a determinar con exactitud un tratamiento específico para su prevención; sin embargo, se utiliza terapias para restablecer la salud psicológica de quien lo padece y recuperar su rendimiento laboral; basándose en el control del estrés y autocontrol. Se aplican también estrategias de manejo de conductas saludables como ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso y ocio; y evitando conductas no saludables como el tabaco, el alcohol, el sedentarismo, etc.

Para algunos autores como Cherniss (1980), se pueden plantear cuatro objetivos para la prevención de este síndrome. En primer lugar reducir las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas, y ofrecer estrategias.

Para los autores Leiter y Maslach (2000), se necesita quitar los desajustes existentes entre el puesto laboral y la persona, por otra parte el trabajador debe sentirse identificado con su actitud laboral, y además es importante poner énfasis en las relaciones entre empleados y gerentes.

En cuanto a las intervenciones orientadas a nivel organizacional, una gran parte de los elementos organizacionales pueden ser evaluados por los sujetos como estresores. La organización deberá tomar en cuenta sus propias medidas. Para Salvador (1993), existen algunos cambios que deberían producirse para reducir el síndrome de Burnout, como incremento de la autonomía del trabajo, planificación de un horario flexible por parte del trabajador, fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo, limitar el número de horas de trabajo y plantear objetivos de trabajo claros.

Estos cambios ayudarían sin duda alguna a eliminar la ambigüedad del rol, la falta de autonomía, cansancio emocional, etc., medidas preventivas del estrés y del Burnout van estrechamente ligadas a la calidad de vida física, social y laboral.

Ejecutivos y empresarios deberían crear y mantener ambientes de trabajo sanos, y tomar conciencia de que los gastos y pérdidas económicas derivadas del agotamiento profesional, el

incremento del ausentismo, la baja productividad, los accidentes profesionales, entre otros repercuten negativamente en la rentabilidad económica de sus empresas. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) afirma que "las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente de trabajo, en función de las aptitudes y aspiraciones humanas", tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas (Slipak, 1996).

1.2 Conceptualización de las variables de investigación

Las variables que intervienen en esta investigación han surgido desde propuestas teóricas y proyectos empíricos; así se han enfocado desde distintas perspectivas, unas personales, otras en el contexto laboral e incluso algunas externas al propio contexto laboral.

1.2.1 Burnout y la relación con las variables sociodemográficas y laborales

Variables de riesgo y protectoras

Vivimos en una sociedad que impone un ritmo de trabajo acelerado, que muchas veces nos impide realizar plenamente nuestras actividades, y puede repercutir en la salud y en la calidad de nuestra vida. Una de las consecuencias de esto es el estrés, que cuando se presenta de manera continua y prolongada origina el problema de salud laboral, llamado Burnout.

Gil-Monte y Peiró (1997), identifica las variables de riesgo en diferentes niveles:

A nivel individual las variables de riesgo son: altruismo e idealismo, características propias del individuo, sentimientos de culpa propios y ajenos, nivel de estudios, etc.

A nivel interpersonal las relaciones tensas y conflictivas con los jefes, las condiciones de seguridad, usuarios y compañeros, la adaptación a la cultura organizacional, las condiciones laborales, la organización del trabajo, la falta de apoyo por parte de directores y compañeros.

A nivel organizacional las variables de riesgo son: el desempeño profesional, la burocracia profesionalizada, libertad de acción y las respuestas disfuncionales de los directivos frente a los problemas organizacionales.

A nivel social las variables de riesgo son: el nivel de contacto con la sociedad, las condiciones actuales de cambio social, el medio ambiente físico, actualización de conocimientos, cambio de roles y la pérdida de status, los contaminantes biológicos y químicos.

VARIABLES protectoras.- Las variables protectoras, son las que ayudan al profesional a adaptarse mejor en la situación laboral, Grau, A. et al. (2007) encontró que las variables protectoras de Burnout son: la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica.

En este sentido, para prevenir el Burnout es recomendable olvidarse de los problemas laborales fuera del trabajo, llevar a cabo prácticas de relajación, realizar descansos a lo largo de la jornada laboral y, sobre todo, trabajar bajo objetivos cuya consecución sea factible.

1.2.2 Motivación y satisfacción laboral

El Diccionario de Psicología (2010), define a la motivación como el conjunto de motivos que intervienen en un acto selectivo, según su origen los motivos pueden ser de carácter fisiológico e innatos (hambre, sueño) o sociales; estos últimos se adquieren durante la socialización, formándose en función de las relaciones interpersonales, los valores, las normas y las instituciones sociales.

Según Juan Carlos Cerna (2002), “la motivación es una de las tareas administrativas más simples porque las personas se sienten básicamente motivadas o impulsadas a comportarse en forma tal que se les produzca recompensas”

Locke (1976), definió la satisfacción laboral como un estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto.

En este sentido, la satisfacción laboral es la manifestación de actitudes que pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia algo ya en específico que nos lleva a un estado emocional. El trabajo proporciona una manera de satisfacer muchas necesidades y tener un sentimiento de importancia frente a uno mismo y hacia los demás.

La satisfacción laboral incrementa la iniciativa, metas, esfuerzo, tenacidad y juega un papel importante en cuanto a deseos de superación tanto personal como profesional.

1.2.3 Investigaciones realizadas

Palate (2011), estudiante de Psicología de la Universidad Técnica de Ambato realizó un proyecto de investigación centrado en el Síndrome de Burnout en el personal de la universidad. La investigación se centró en la búsqueda del nivel de salud laboral en el que se ubica el personal Administrativo, de apoyo y de mantenimiento.

Las variables utilizadas para este caso fueron la facultad, el departamento de trabajo y el género. Se encuestó al personal con diferente nivel de experiencia laboral, estos se dividieron en tres grupos, pidiéndoles que contesten a los 22 ítems comprendidos en el manual Maslach Burnout Inventory.

Se obtuvo como resultados que los maestros de educación primaria con más de 5 años al servicio de la educación privada se ubican en un nivel bajo de Burnout; concluyendo que, la institución ha procurado tener un buen ambiente laboral para sus empleados, y los sujetos encuestados muestran una personalidad equilibrada y de verdadera vocación.

En otro estudio realizado por Porras, M. (2010) en el personal asistencial de la ruta crítica del Hospital Escuela Alemán Nicaragüense, se encontró que las siguientes variables sociodemográficas demostraron tener relación con el Burnout: el sexo femenino, la presencia de hijos, el tiempo de ejercicio profesional superior a 20 años, ser médico especialista y ser enfermero.

Ávila, J. et al, (2010), por su parte investigó sobre características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, el estudio se lo realizó en dos clínicas privadas de ciudad de Montería (Costa Caribe, Colombia). En este estudio, el sexo femenino es más vulnerable al Burnout, la edad, los años que llevan ejerciendo la profesión y el estado civil, no muestra relación importante con el síndrome, existe una relación significativa entre la carga horaria y el nivel de agotamiento emocional.

1.3 El Burnout y la relación con la salud

1.3.1 Definiciones de salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social; es decir, no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso.

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

Se considera también a la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales sociales y espirituales. Para autores como Mushkin (1962) y Grossman (1972), establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión.

Para Dubos (1956), "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

En otras palabras, la salud puede reconocerse y analizarse desde el punto de vista físico y mental; es una condición que abarca el equilibrio en la vida del ser humano en todos sus aspectos brindando estabilidad. Es un proceso que se mantiene estable cuando existe un adecuado control en cuanto al cuidado interno y externo del cuerpo, y a su vez se desgasta cuando permitimos que factores dañinos a nivel psicológico, ambiental y alimenticio lleguen a nuestro organismo. La salud es el resultado de que nuestro cuerpo, espíritu y mente gozan de bienestar; y depende de ésta la continuidad del ciclo de la vida de las personas.

1.3.2 Síntomas somáticos

En 1981, Maslach y Jackson entienden que el Burnout se configura como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal".

En este sentido, es común que los individuos presenten síntomas somáticos que corresponden a situaciones de origen emocional que el cuerpo y se manifiesta de diversa índole. Suele ocurrir cuando no podemos demostrar los verdaderos sentimientos, esta represión de emociones nos puede provocar alergias, pesadillas, cambios de humor, cansancio mental, tristeza injustificada, dolores de cabeza, palpitaciones, vómitos, mareos, etc.

1.3.3 Ansiedad e insomnio

La ansiedad es un estado emocional desagradable que se acompaña generalmente de cambios fisiológicos y del comportamiento similar a los causados por el miedo. (Endler ns, y Kocovski, N., 2001).

Es una respuesta al estrés, una reacción a impulsos reprimidos, agresivos o sexuales que indica la presencia de un conflicto psicológico. Es una respuesta asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas.

El insomnio para Homeier, Kaplan & Porter (2010), es “la dificultad para conciliar el sueño, para permanecer dormido o la sensación de que el sueño no es reparador” (p.416). Uno de los factores que contribuye para que se presente el insomnio es la ansiedad, ésta en ocasiones puede responder a miedos que se encuentran sólo en nuestra imaginación y que puede llevar a bloquear en la conciliación del sueño

Las personas que poseen este desorden suelen tener muchos problemas para realizar su vida normal; al sentir la frustración de que llegue la noche y no puedan descansar.

La relación entre la ansiedad y el insomnio es estrecha, en razón de que el inicio de una desencadena en la otra. Cuando la mente no descansa lo necesario, el cerebro batalla por pensar claramente; esto nos hace pensar que la ansiedad y el insomnio suelen presentarse juntos.

1.3.4 Disfunción social en la actividad diaria

Según Maslach, *et ál*, (1997) señalan que el síndrome de quemarse por el trabajo no finaliza cuando la persona abandona el trabajo, sino por el contrario afecta a su vida privada pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y círculo social. La persona se muestra en casa irritable e impaciente, un inconveniente que la familia tiene que aprender a manejar, de la misma manera debido al agotamiento emocional las personas se encuentran más incapacitadas para alejarse de los problemas laborales al llegar a casa,

anhelan estar solos y deterioran sus relaciones interpersonales, exigiendo un mayor grado de atención de los suyos para ellos y en ocasiones no les dan llevándolos a una actitud de aislamiento y de falta de comunicación, evaden hablar de las preocupaciones laborales y se rehúsan a lidiar sobre los problemas familiares.

La disfunción social en la actividad diaria, es la alteración de las funciones del trabajador con respecto a la actividad que realiza y con las personas a quienes beneficia con sus servicios. Cuando esta es persistente suele manifestarse en depresión, ansiedad, tristeza y pérdida de autoestima. El insomnio la ansiedad y la depresión anulan la fuerza para que el cuerpo actúe durante el día; por lo que resultará muy difícil cumplir con un trabajo, una vida familiar o social.

1.3.5 Tipos de depresión

Para el National Institute of Mental Health (NIMH), los tipos de depresión más común son:

Trastorno Depresivo Mayor: Llamado también depresión grave. Se presenta en un período de al menos 2 semanas, en el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés en casi todas las actividades. Se caracteriza por una combinación de síntomas que dificultan la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras.

Trastorno Depresivo Menor: Se caracteriza por tener síntomas durante 2 semanas o más; no cumplen con todos los criterios de depresión mayor, y sin tratamiento, las personas con depresión menor se encuentran en alto riesgo de un trastorno mayor.

Trastorno Distímico: Es un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los síntomas depresivos son menos graves y prolongados, pueden no incapacitar a la persona, pero impide desarrollar una vida normal. Un estado de distimia puede confundirse con estrés o cansancio.

Trastorno Bipolar: Llamado también enfermedad maníaco-depresiva, no es tan frecuente como los otros trastornos y 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. El trastorno bipolar se encuentra a un paso de un estado psicótico

Es importante mencionar que el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y el CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades, décima versión), tienen su

propia clasificación y criterio diagnóstico de los distintos trastornos mentales que presentan las personas; por lo que en este caso solo se han mencionado las más comunes.

1.3.6 Investigaciones realizadas

Quevedo (2006), realizó en Guayaquil, un estudio a 36 médicos residentes que rotaban en el área de emergencia como parte de su posgrado, y a 60 pacientes que requirieron atención durante el tiempo de la investigación. El método que se utilizó fue la observación e investigación a través de la aplicación de entrevistas, encuestas y un test con la finalidad de estudiar cuantitativa y cualitativamente la relación del síndrome Burnout con la calidad en la atención de los servicios de emergencia. Al medir los tres ejes del síndrome de Burnout, se concluyó que se manifiesta en el 52.2 de los residentes, se distribuyó casi igual para los dos géneros, la edad media de los residentes fue de 31.4 años, siendo los traumatólogos quienes presentaban un mayor porcentaje (69).

Las manifestaciones clínicas que presentaron fueron 40 cefaleas, 27 trastornos del sueño, 23 irritabilidad, 17 ansiedad y 10 trastornos del ritmo evacuatorio.

En cuanto a los indicadores de calidad tenemos que el 75% de los pacientes no recibieron la explicación adecuada para el entendimiento de su enfermedad y el 80% perciben al médico como cansado, con sueño, irritable o con mal humor. Se demostró que la existencia del síndrome está relacionada con la disminución de la calidad en la atención.

En otra investigación, el objetivo era verificar la prevalencia de depresión en trabajadores de Unidades de Terapia Intensiva en tres instituciones hospitalarias de una ciudad del noroeste de Sao Paulo con una muestra de trabajadores de enfermería, realizada mediante un estudio transversal. Los resultados de este estudio encontraron porcentajes significativos de trabajadores que informaron desanimo, tristeza y desesperanza, Vargas, D y Viera, A. (2011).

1.4 El Burnout y el afrontamiento

1.4.1 Definición de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas internas o externas de la persona. Para ello manejar el estrés incluiría no sólo el dominio sino la

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

Cada persona reacciona de manera distinta ante las diversas situaciones que se presentan en la vida; por lo que no se puede generalizar las estrategias ni los tipos de afrontamiento del ser humano. El nivel de afrontamiento dependerá en muchas ocasiones del grado de madurez de la persona y del tipo de circunstancia presentada. El manejo de los problemas y las posibles soluciones dependerán de las acertadas estrategias que haya adquirido el individuo.

1.4.2 Teorías de afrontamiento

Menninger (1963), hace referencia a las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento, identificando cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interno. Su planteamiento menciona a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, de manera que aquellos en los que exista un elevado grado de organización interna, serían los recursos de afrontamiento. El tipo de afrontamiento dirigido al problema, engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: estrategias direccionadas al entorno y estrategias que se refieren al sujeto. Las estrategias referidas al entorno inquieren en la resolución del problema definiéndolo, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno; tales como: barreras, obstáculos, recursos, procedimientos, etc. En cambio, las estrategias que se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales y cognitivos, la relación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollando nuevas pautas de conductas, etc.

El afrontamiento es extraer recursos de la falta de recursos, es decir, sacar fuerzas de flaqueza. Cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés.

1.4.3 Estrategias de afrontamiento

Folkan y Lazarus (1984), proponen dos tipos generales de estrategias para afrontar el estrés: Las estrategias de resolución de problemas que son las directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar; y las estrategias de regulación emocional orientadas a aliviar el malestar que produce la situación.

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a las distintas formas de reacción que tenemos las personas ante un mismo suceso.

Entre las estrategias individuales según Martínez, *et ál*, (2003) recomiendan tomar pequeños periodos de descanso y marcar objetivos reales y factibles; y estrategias grupales que consisten en hacer pausas activas, crear necesidades y pensamientos de retos, desafío y creatividad.

1.4.4 Investigaciones realizadas

Quaas (2006), realizó en Chile un estudio orientado a diagnosticar el síndrome de Burnout en docentes universitarios de la quinta región del país, para identificar las técnicas de afrontamiento más utilizadas por ese colectivo; utilizando metodología cuantitativa con una perspectiva descriptiva relacional. La muestra fue de 615 sujetos de una población total de 880, siendo finalmente la población productora de datos útiles 576 sujetos.

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico motivacional, el Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) y la Escala de Carver (C.O.P.E.). Los resultados de M.B.I. permitieron determinar que el 72% del colectivo no presentó Burnout, mientras que el 16,1% presenta un nivel reducido de Burnout, un 10,2% presenta Burnout moderado, y sólo el 1,5% está en los niveles altos de Burnout. Con los resultados del C.O.P.E. se identificaron como técnicas de afrontamiento más utilizadas la planificación, la reinterpretación positiva, el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo social instrumental. Mientras que las técnicas menos utilizadas fueron el consumo de drogas, la negación y la desconexión conductual. Finalmente, se pudo establecer que las personas que padecían algún grado de Burnout, utilizaban con mayor frecuencia la negación como estrategia de afrontamiento al estrés, diferenciándose de los sujetos que no presentaban el síndrome, quienes se caracterizaban por utilizar la reinterpretación positiva.

En otra investigación, Tello, J. (2010) encontró en una muestra de enfermeros que los tipos de afrontamientos frecuentemente utilizados por los profesionales son: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, afrontamiento activo, planificación de actividades, afrontamiento enfocado al problema.

1.5-El Burnout y la relación con el apoyo social

1.5.1 Definición de apoyo social

Cobb (1976), define al apoyo social como “información que se lleva a las personas al creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de obligación mutua”

Caplan (1974), define al apoyo social como “una guía y retroalimentación (Feedback) proporcionado por otras personas que permiten al sujeto manejar un evento estresante”.

Relacionando las definiciones anteriores, el apoyo social se entendería como la relación transaccional entre las personas, que implica expresiones de afecto. Sin embargo, el tener amistad se refiere a que se entabla una relación social con otras personas, mas no que se cuente con su apoyo, pero si se refiere a que estamos apoyados por esas amistades, si se incluye el apoyo social entre las dos partes.

1.5.2 Modelos explicativos del apoyo social

Heller y Swindle (1983), desarrollaron un modelo de apoyo social basándose en la hipótesis original del modelo de Buffer (condiciones en las que las personas se ven sometidas al estrés), en el cual agrega otros aspectos como: La historia previa del aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o los estilos de afrontamiento que muestra el sujeto, todos estos elementos en conjunto van a influir en la valoración cognitiva de la situación del estrés, con la provisión o disponibilidad subjetiva del apoyo procedente de la red social; así como también en las respuestas del afrontamiento.

En este sentido, todo dependerá de la disponibilidad que tenga el sujeto para acceder y manejar el apoyo recibido durante un acontecimiento estresante.

1.5.3 Apoyo social percibido

Lazarus & Folkman (1986), definen el apoyo social recibido como la forma en que el individuo evalúa las interacciones en sus relaciones sociales. No es igual tener un determinado grupo social, que obtener apoyo del mismo.

Diversos estudios empíricos han mostrado que buenos apoyos sociales ayudan a las personas a superar muchos tipos de estrés.

Cada ser humano necesita un auto reconocimiento, pero más allá está el reconocimiento social que legitima sus acciones. Cuando una persona se aísla en sus problemas y conducta, la falta de comunicación da paso al crecimiento del criterio individual que muchas veces no es el adecuado. Es allí donde el apoyo social y familiar brinda la posibilidad de encontrar caminos e incluso salidas.

1.5.4 Apoyo social estructural

Lin, *et ál*, (1981), mencionan que las redes sociales proporcionan el "marco estructural" y los recursos necesarios para que el apoyo social se haga accesible al individuo desde un "marco funcional".

Bajo esta perspectiva, el apoyo social puede producirse en tres ámbitos diferentes: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas; y por el contrario, la ausencia de este facilita la aparición del Burnout y el desarrollo de enfermedades (Aranda C, Pando M, Pérez M., 2004).

La importancia de contar con una red de apoyo social no solo permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también permite el bienestar psicológico.

1.5.5 Investigaciones realizadas

Avendaño C, *et ál*, (2009), realizaron un estudio para identificar la presencia de Burnout en el personal de servicio de psiquiatría de un hospital público Chileno. Los resultados mostraron que la gran mayoría de participantes presentaban estrés laboral crónico, y un importante deterioro en su salud física y mental con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución y la tendencia al ausentismo. Por otra parte, la influencia del apoyo social y la capacidad de entregar apoyo fue notable en la disminución del agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal; sobre todo cuando proviene de sus superiores.

Aranda C, *ét al* (2004), Universidad Veracruzana, Xalapa México. Abordan el papel del apoyo social en la prevención de enfermedades, considerando que se hace referencia a las relaciones que existen entre las personas que conforman la red de apoyo al individuo manteniendo ciertas conductas que se relacionan entre sí. Cuando el apoyo social no se brinda o no es el adecuado, puede facilitarse el desarrollo de las enfermedades, en particular el síndrome de quemarse en el trabajo, tan bien conocido como Burnout.

1.6 El Burnout y la relación con la personalidad

1.6.1 Definición de personalidad

Cattell (1950), define a la personalidad como la que permite predecir la actitud que una persona tendrá ante una situación presentada.

Maslow (1968), la define como un proceso de realización para satisfacer las necesidades que aseguran la supervivencia fisiológica y la realización personal.

Sigmund Freud (1959), sostuvo que el comportamiento humano es impulsado en gran medida por fuerzas del interior de la personalidad, de las que los seres humanos no estamos conscientes. Estas fuerzas internas, cumplen una función de vital importancia para guiarle y activarle a nuestro comportamiento en la vida diaria.

Tradicionalmente, la personalidad ha representado el conjunto de características de los individuos que se reflejan en respuestas específicas ante diferentes situaciones. Sin embargo no podemos limitarnos a elaborar un listado de características individuales o rasgos de la persona más o menos permanentes. Esto supone, que las personas responden de manera diferente ante unas mismas circunstancias adversas en sus vidas, sin que necesariamente existan respuestas estereotipadas.

1.6.2 Tipos de personalidad

Las personalidades acorde a Don Riso y Russ Hudson, del Enneagram Institute (2009), son las siguientes:

Tipo 1. El reformador: Idealista, de principios. Éticos, concienzudos, bien/mal. Profesores y cruzados; también quieren hacer el bien pero temen cometer errores. Organizados, ordenados y fastidiosos, derivan en críticos y perfeccionistas. Problemas con la ira reprimida e impaciencia. En su mejor estado: sabios, realistas nobles y moralmente heroicos.

Tipo 2. El ayudador - Preocupado, interpersonal, empáticos, sinceros, cálidos. Amistosos, generosos y sacrificados; también pueden ser sentimentales, halagadores y complacientes. Les gusta estar cerca de otros y hacer cosas por otros para ser necesitados. Problemas con hacerse cargo de ellos mismos y reconocer sus propias necesidades. En su mejor estado: generosos y altruistas y tienen amor incondicional por ellos mismos y otros.

Tipo 3. El triunfador- Adaptable y orientado al éxito. Seguros de sí mismos, atractivos y encantadores. Ambiciosos, competentes y energéticos; conscientes del status y buscan avance personal. Preocupados de la imagen y lo que los demás piensen de ellos. Problemas con competitividad y trabajólicos. En su mejor estado: auténticos, se aceptan y son todo lo que parecen ser. Modelos que inspiran a otros

Tipo 4. El individualista - Romántico, introspectivo. Conscientes de sí mismos, sensibles, reservados y callados. Se muestran, emocionalmente honestos, y personales; también pueden ser temperamentales y egocéntricos. No se acercan a otros por sentirse vulnerables y defectuosos, pueden ser mirar en menos estilos de vidas comunes. Problemas con autoindulgentes y pena de sí mismos. En su mejor estado: inspirados y altamente creativos, capaces de renovarse a sí mismos y transformar sus experiencias.

Tipo 5. El investigador - Intenso, cerebral. Alertas, profundos y curiosos. Capacidad de concentración y foco en el desarrollo de ideas y destrezas complejas. Independientes e innovadores; pueden volverse preocupados con sus pensamientos y construcciones imaginarias. Se vuelven desconectados, pero intensos. Problemas con aislamiento, excentricidad y nihilismo. En su mejor estado: Pioneros visionarios, adelantados a su tiempo y capaces de ver el mundo de una forma completamente distinta.

Tipo 6. El leal - Comprometido, orientado a la seguridad. Confiables, trabajadores y responsables; pueden ponerse a la defensiva, evasivos y altamente ansiosos, estresándose y quejándose. Usualmente precavidos e indecisos, pueden ser reactivos, desafiantes y rebeldes. Problemas con duda y sospecha. En su mejor estado: estables internamente, confiados en sí mismos, apoyadores de los débiles y sin poder.

Tipo 7. El entusiasta - Ocupado, productivo. Versátiles, optimistas y espontáneos. Juguetones, espíritu en alto y prácticos; pueden abarcar mucho, dispersos y poco disciplinados. Buscan experiencias nuevas y excitantes, pero se distraen y cansan en el camino. Problemas con superficialidad e impulsividad. En su mejor estado: Usan sus talentos en metas que valen la pena, disfrutan, satisfechos, llenos de gratitud.

Tipo 8. El desafiador - Poderoso, dominante. Confiados en sí mismos, fuertes y asertivos. Protectores, llenos de recursos y decididos; pueden ser orgullosos y dominantes. Sienten que deben controlar el entorno, tornándose confrontacionales e intimidantes. Problemas con permitirse estar cerca de otros. En su mejor estado: usan su fuerza para mejorar las vidas de otros, son heroicos, magnánimos y a veces históricamente grandes.

Tipo 9. El pacificador - Aceptador, inconsciente de sí. Aceptadores, confiados y estables. De buena naturaleza, buenos, fáciles y apoyadores; pueden estar demasiado dispuestos a seguir la corriente a otros para mantener la paz. Quieren que nada implique conflicto pero tienden a

ser complacientes y minimizar todo aquello que lo altere. Problemas con pasividad y porfiadez. En su mejor estado: intensamente vivos y conectados con ellos mismos y otros.

1.6.3 Patrones de conducta

Friedman y Rosenman (1959), observaron que las personas con cierta disposición emocional son particularmente vulnerables a elevar su hipertensión arterial, arritmias cardíacas e infarto de miocardio; creando la teoría de que para este caso existen tres tipos de personalidad:

Tipo A: Individuos competitivos que tiene una sobrecarga de tipo social. Predomina la hiperactividad. Muy agresivos en la lucha por conseguir el éxito, estresados y evitan el relajamiento.

Tipo B: Generalmente tranquilos, confiados y relajados. No son grandes triunfadores en los negocios, prefieren llevar las cosas con calma antes de llenarse de estrés.

Tipo C: Cooperados, complacientes, conformistas, evitan a toda costa el conflicto y buscan la armonía.

Hay factores que determinan notablemente la forma en que las personas afrontan sus problemas; así, vemos individuos con alto grado de búsqueda de sensaciones; es decir que no les importa asumir riesgos y son más tolerantes a la estimulación. Otros manifiestan sensación de control, es decir modulan notablemente su comportamiento ante un agente estresor. Y personas optimistas que mantiene siempre la expectativa de resultados positivos, son quienes manejan de mejor forma por ejemplo cualquier síntoma de enfermedad física.

1.6.4 Locus de control

Rotter (1966), propuso el concepto de locus de control como una forma de expectativa generalizada de los individuos para explicar las diferencias de personalidad en las creencias acerca de la fuente de reforzamiento; y las clasifica en internas y externas.

Las personas con locus de control interno creen que reforzamiento que reciben está controlado por sus conductas y actitudes. Las personas que tienen un locus de control externo piensan que otras personas, el destino o la suerte controlan las recompensas que reciben; es decir piensan que no pueden controlar las fuerza externas.

En otras palabras, el locus de control es el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos son controlados por sus propios esfuerzos, como las habilidades o persistencia en su

tarea, o por fuerzas externas como puede ser la suerte o el destino; cuyo resultado no dependerá de la persona sino de algo externo a ella.

1.6.5 Investigaciones realizadas

Roth E y Pinto B (2010), realizaron estudios en 215 enfermeras de 7 hospitales de la ciudad de la Paz, con el objetivo de establecer la relación entre el Burnout, la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad. Observaron que el agotamiento emocional se correlaciona con la extraversión y el neuroticismo; la despersonalización lo hace negativamente con la amabilidad, y positivamente con el neuroticismo; la realización personal se relaciona con la responsabilidad positivamente con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la amabilidad. No correlaciona con el neuroticismo.

METODOLOGIA

2.1 Diseño de Investigación

En el presente estudio se efectuó la metodología de corte transversal, al centrarse en analizar el nivel de las distintas variables en un momento dado; descriptivo, al recolectar información para describir lo que se investiga; cuantitativo, al analizar información numérica de los instrumentos utilizados; exploratorio, al realizar exploración en un momento específico; y no experimental, al no haber manipulación de las variables utilizadas ya que se lleva a cabo en un ambiente natural.

El objetivo general de esta investigación es identificar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, en hospitales públicos y privados en las ciudades de Quito y Loja.

Los objetivos específicos están relacionados con determinar el estado de salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias, identificar el apoyo social de la red social en la que se desenvuelven, conocer los métodos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud, e identificar los principales rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias.

2.2 Participantes

Intervinieron en esta investigación un total de 30 profesionales de la salud; 15 médicos y 15 enfermeras del sector público y privado. Las 15 enfermeras y 10 de los médicos pertenecen a la ciudad de Quito; y los 5 médicos restantes a la ciudad de Loja.

- Un total de 10 profesionales del género masculino, 9 de ellos son médicos y 1 es enfermero; equivalente al 33.33% de la muestra.
- Un total de 20 profesionales de género femenino, 6 de ellas son médicos y 14 son enfermeras; equivalente al 66.66% de la muestra.
- En relación al estado civil, 15 de ellos son solteros, 12 casados, 2 unión libre y 1 no registra. De los solteros 5 son hombres, 9 son mujeres y 1 no registra. De los casados 4 son hombres y 8 son mujeres. Y en unión libre 1 es hombre y 1 es mujer.
- En cuanto a la edad, 15 de ellos están en el rango comprendido de 20 a 30 años, 8 de ellos de 30 a 40 años, 2 de 40 a 50 años, y 1 más de 60 años.

- Un total de 4 profesionales vive solo; 3 de ellos hombres y 1 mujer.
- 22 profesionales viven con otras personas; 15 de ellas mujeres y 7 de ellos hombres.
- El 100% recibe una remuneración mensual.
- 12 de ellos tienen hijos; 3 de ellos hombres y 9 de ellas mujeres.
- El número promedio de hijos es de 2; tanto para hombres como para mujeres.

2.3 Instrumentos

Para el adecuado desarrollo de la investigación, fue necesario utilizar 6 cuestionarios que a continuación se detallan:

1.- Cuestionario Socio demográfico y Laboral: Busca recolectar datos personales y laborales del profesional encuestado; así como la percepción de valoración y satisfacción en el trabajo.

La forma de llenarlo es con una X en el casillero que considere corresponde a la respuesta correcta, y con números del 1 al 4 con equivalencia de 1 "nada valorado", 2 "poco", 3 "bastante" y 4 "totalmente".

2.- Maslach Burnout Inventory MBI: Permite valorar sentimientos y pensamientos acerca del trabajo; permite detectar y medir la existencia de Burnout.

Consiste en 22 afirmaciones que presenta 7 opciones de frecuencia, las mismas que deben ser marcadas con una X como la opción que el individuo considere la más acertada. Considerando 0 "Nunca", 1 "Alguna vez al año o menos", 2 "Una vez al mes o menos", 3 "Algunas veces al mes", 4 "Una vez a las semana", 5 "Varias veces a la semana", 6 "Diariamente".

3.- Cuestionario de salud Mental GHQ-28: Permite determinar si el encuestado ha sufrido algún tipo de molestias y conocer su estado de salud general en las últimas semanas.

El cuestionario consiste en 28 preguntas con 4 tipos de opciones de respuesta a cada una, que va desde "no, en absoluto", "no más de lo habitual", "bastante más que lo habitual" y "mucho más que lo habitual"; las mismas que deben ser contestadas con una X de acuerdo a lo que considere lo más acertado.

4.- Cuestionario BRIEF-COPE: Permite conocer estilos de afrontamiento; es decir la manera en la que el individuo responde ante situaciones de estrés o situaciones difíciles. Consiste de 28 afirmaciones que deben ser valoradas en una escala del 1 al 4 considerando como 1 “no he estado haciendo esto en lo absoluto”, 2 “he estado haciendo esto un poco”, 3 “he estado haciendo esto bastante” y 4 “he estado haciendo esto mucho”.

5.- Cuestionario de Apoyo Social: Permite determinar el apoyo o ayuda social que tiene el individuo. Se compone de 2 partes. La primera donde se solicita indique el número de amigos íntimos y familiares cercanos; y la segunda que consiste en 20 afirmaciones donde marcará con una X la frecuencia con que ciertas actividades suceden en una escala del 1 al 5, considerando 1 “nunca”, 2 “pocas veces”, 3 “algunas veces”, 4 “la mayoría de veces” y 5 “siempre”.

6.- Cuestionario EPQR-A: Permite conocer el tipo de personalidad del encuestado. Consiste en 24 ítems de carácter dicotómico (si-no) las mismas que deberán ser marcadas con una X en la respuesta que considere más se ajusta a su personalidad.

2.4 Recolección de datos

Se inició el proceso de investigación con las enfermeras de un hospital público, al ser funcionarias que trabajan en turnos rotativos, y tienen muy poco tiempo libre para otras actividades, fue necesario darles una breve charla clara y precisa con las indicaciones de los instrumentos que debían llenar. Esto con el ánimo de que lo hagan con calma en sus momentos libres, y los puedan entregar completos.

Se coordinó para que 15 médicos de un hospital privado en Quito brindaran su contingente en el desarrollo de los 6 cuestionarios para identificación del Burnout. Inicialmente todos los requerimientos quedaron muy claros, sin embargo sólo se pudo realizar la investigación con 10 de ellos. Fue necesario insistir en que el trabajo no estaba relacionado con sus evaluaciones de desempeño profesional, sino como soporte de investigación al tema a tratarse.

En la ciudad de Loja, se completó la investigación con los 5 galenos restantes, al cabo de 3 días se pudo obtener la información necesaria con los cuestionarios llenos y el compromiso de hacerles llegar los respectivos informes una vez que se culmine con el proceso de investigación.

El proceso de recolección de datos se resume de la siguiente manera:

1. Identificación del centro para realizar las encuestas.
2. Visitar el centro para informar el proceso.
3. Entrega de las encuestas a los responsables del centro.
4. Aplicación de encuestas.
5. Recepción de la documentación.
6. Ingreso de datos en las tablas

RESULTADOS OBTENIDOS

Tabla N°1: Resumen Cuestionario Sociodemográfico de Médicos

Género	MEDICOS SIN BURNOUT				MEDICOS CON BURNOUT			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
Edad promedio	34 años				30 años			
Zona de Vivienda	Urbana 13	Rural 1	Otro 0		Urbano 1	Rural 0	Otro 0	
Etnia	Mestizo 14	Blanco 0	Afro 0	Otro 0	Mestizo 1	Blanco 0	Afro 0	Otro 0
Estado Civil	Solteros 7	Casados 5	Unión libre 2		Solteros 1	Casados 0	Unión libre 0	
Promedio Hijos	1				0			
Con quien vive	Solo 2		Otras personas 12		Solo 0		Otras personas 1	
Remuneración	Mensual 13	No recibe 1	Otro 0		Mensual 1	No recibe 0	Otro 0	
Valor salarial	0-1000 11	1001-2000 3	2001-3000 0	Más 0	0-1000 0	1000-2000 1	2001-3000 0	Más 0
Promedio años trabajo	6 años				5 años			
Sector de trabajo	Público 1	Privado 12	Ambos 1		Público 1	Privado 0	Ambos 0	
Pacientes fallecidos	SI 10	NO 4			SI 1	NO 0		
Valorado por sus pacientes	Poco 4	Bastante 4	Totalmente 6		Poco 0	Bastante 1	Totalmente 0	
Turnos	Matutino 0	Nocturno 0	Fin Semana 0	Rotativo 14	Vespertino 0	Matutino 0	Nocturno 0	Rotativo 1
Recursos Necesarios	Totalmente 13	Medianamente 1			Totalmente 0	Medianamente 1		
Tipos de pacientes	Atienden pacientes oncológicos, psiquiátricos, renales, quirúrgicos, cardíacos, neurológicos, diabéticos, emergencias, intensivos							
Valoración familiares de los pacientes	Nada 0	Poco 4	Bastante 6	Total 4	Nada 0	Poco 1	Bastante 0	Total 0
Valoración de los colegas	Nada 0	Poco 3	Bastante 6	Total 5	Nada 0	Poco 0	Bastante 1	Total 0
Valoración de los directivos	Poco 4	Nada 0	Bastante 4	Total 6	Poco 1	Nada 0	Bastante 0	Total 0
Satisfecho con el trabajo	Nada 0	Poco 1	Bastante 6	Total 7	Nada 0	Poco 0	Bastante 1	Total 0
Satisfecho interacción pacientes	Nada 0	Poco 0	Bastante 6	Total 8	Nada 0	Poco 0	Bastante 1	Total 0
Apoyo Directivos	Nada 0	Poco 2	Bastante 6	Total 6	Nada 1	Poco 0	Bastante 0	Total 0
Colaboración colegas	Nada 0	Poco 3	Bastante 7	Total 4	Nada 0	Poco 0	Bastante 1	Total 0
Satisfecho experiencia profesional	Nada 1	Poco 2	Bastante 5	Total 6	Nada 0	Poco 0	Bastante 1	Total 0
Satisfacción económica	Nada 1	Poco 5	Bastante 3	Total 5	Nada 0	Poco 0	Bastante 1	Total 0

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral para "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

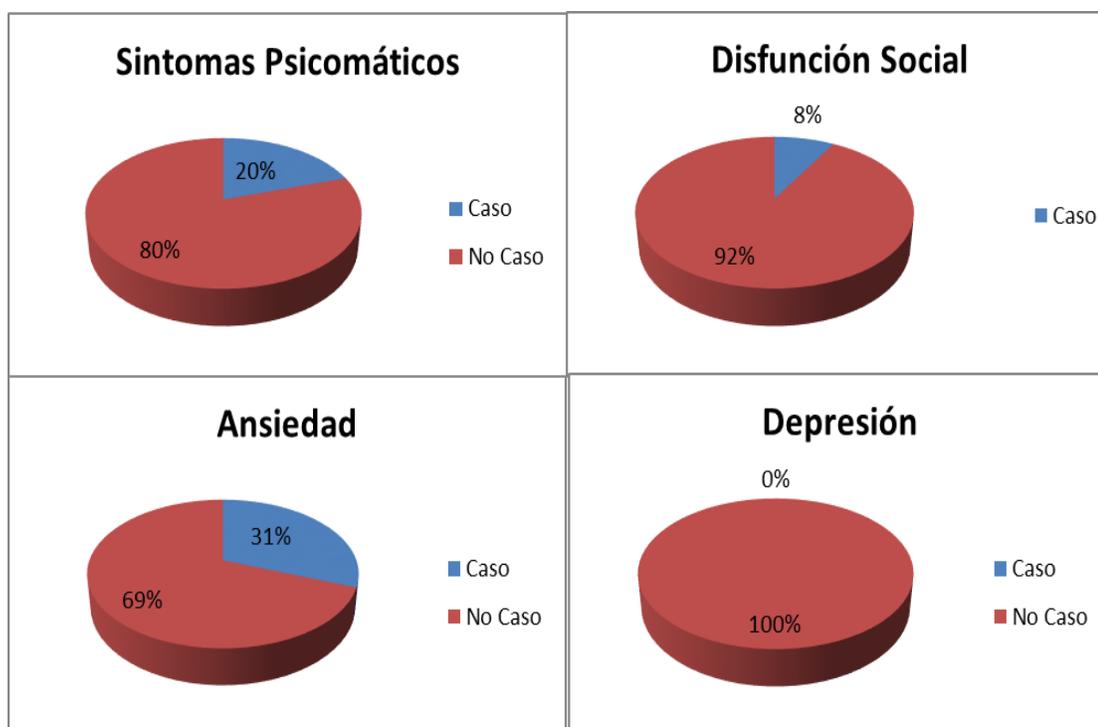
Tabla N° 2: Resumen Cuestionario Sociodemográfico Enfermeras

	ENFERMERAS SIN BURNOUT				ENFERMERAS CON BURNOUT			
Género	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	1		13		0		1	
Edad promedio	31 años				25 años			
Zona de Vivienda	Urbana	Rural	Otro		Urbano	Rural	Otro	
	14	0	0		1	0	0	
Etnia	Mestizo	Blanco	Afro	Otro	Mestizo	Blanco	Afro	Otro
	14	0	0	0	1	0	0	0
Estado Civil	Solteros	Casados	Unión libre		Solteros	Casados	Unión libre	
	6	7	0		1	0	0	
Promedio Hijos	1				0			
Con quien vive	Solo		Otras personas		Solo		Otras personas	
	2		12		0		1	
Remuneración	Mensual	No recibe	otro		Mensual	No recibe	otro	
	14	0	0		1	0	0	
Valor salarial	0-1000	1001-2000	2001-3000	Más	0-1000	1000-2000	2001-3000	Más
	13	1	0	0	1	0	0	0
Promedio años trabajo	6 años				1 año			
Sector de trabajo	Público	Privado	Ambos		Público	Privado	Ambos	
	13	0	1		0	1	0	
Pacientes fallecidos	SI	NO			SI	NO		
	12	2			1	0		
Valorado por sus pacientes	Poco	Bastante	Totalmente		Poco	Bastante	Totalmente	
	0	6	8		0	1	0	
Turnos	Matutino	Nocturno	Fin Semana	Rotativo	Vespertino	Matutino	Nocturno	Rotativo
	0	0	0	14	0	0	0	1
Recursos Necesarios	Totalmente	Medianamente	Poco	Nada	Totalmente	Medianamente	Poco	Nada
	2	8	4	0	0	1	0	0
Tipos de pacientes	Atienden pacientes oncológicos, psiquiátricos, renales, quirúrgicos, cardíacos, neurológicos, diabéticos, emergencias, intensivos							
Valoración familiares de los pacientes	Nada	Poco	Bastante	Total	Nada	Poco	Bastante	Total
	1	2	9	2	0	0	1	0
Valoración de los colegas	Nada	Poco	Bastante	Total	Nada	Poco	Bastante	Total
	0	3	6	5	0	0	1	0
Valoración de los directivos	Poco	Nada	Bastante	Total	Poco	Nada	Bastante	Total
	1	4	4	4	0	0	1	0
Satisfecho con el trabajo	Nada	Poco	Bastante	Total	Nada	Poco	Bastante	Total
	0	1	6	7	0	0	1	0
Satisfecho interacción pacientes	Nada	Poco	Bastante	Total	Nada	Poco	Bastante	Total
	0	1	6	7	0	0	1	0
Apoyo Directivos	Nada	Poco	Bastante	Total	Nada	Poco	Bastante	Total
	2	5	1	6	0	0	1	0
Colaboración colegas	Nada	Poco	Bastante	Total	Nada	Poco	Bastante	Total
	0	5	3	6	0	0	1	0
Satisfecho experiencia profesional	Nada	Poco	Bastante	Total	Nada	Poco	Bastante	Total
	0	2	6	6	0	0	1	0
Satisfacción económica	Nada	Poco	Bastante	Total	Nada	Poco	Bastante	Total
	2	4	4	4	0	0	1	0

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral para "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja

Tabla N° 3: Resumen de Cuestionario de Salud General

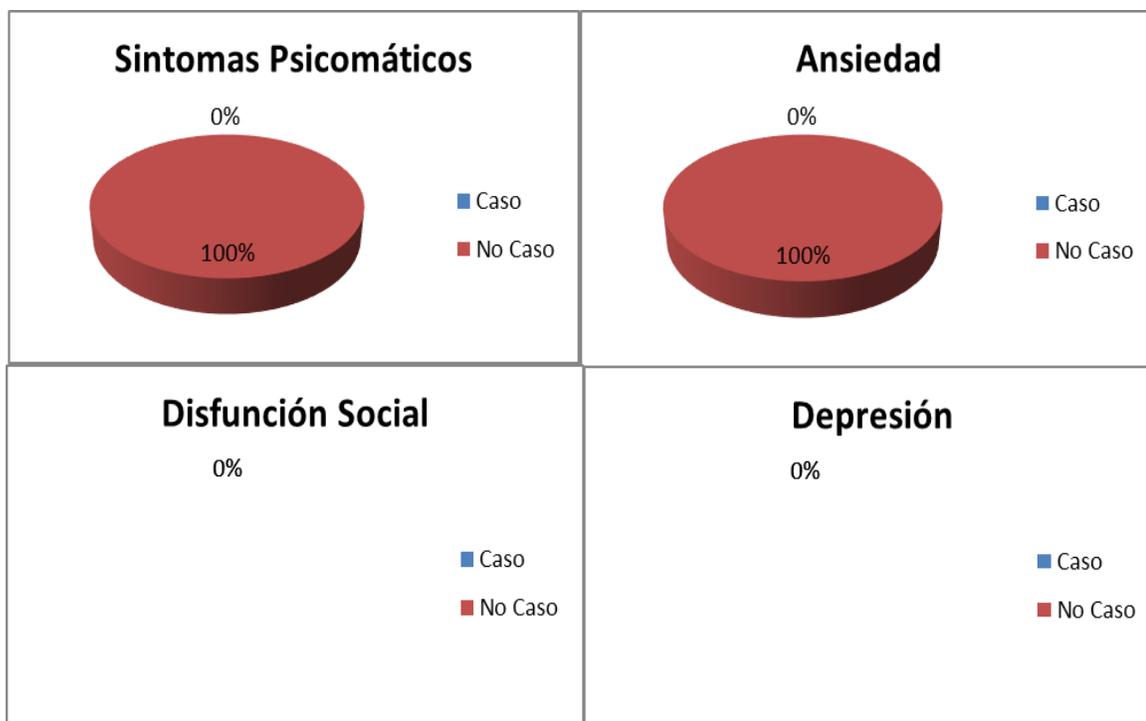
MEDICOS SIN BURNOUT



Fuente: Cuestionario Salud General para "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N° 4: Resumen de Cuestionario de Salud General

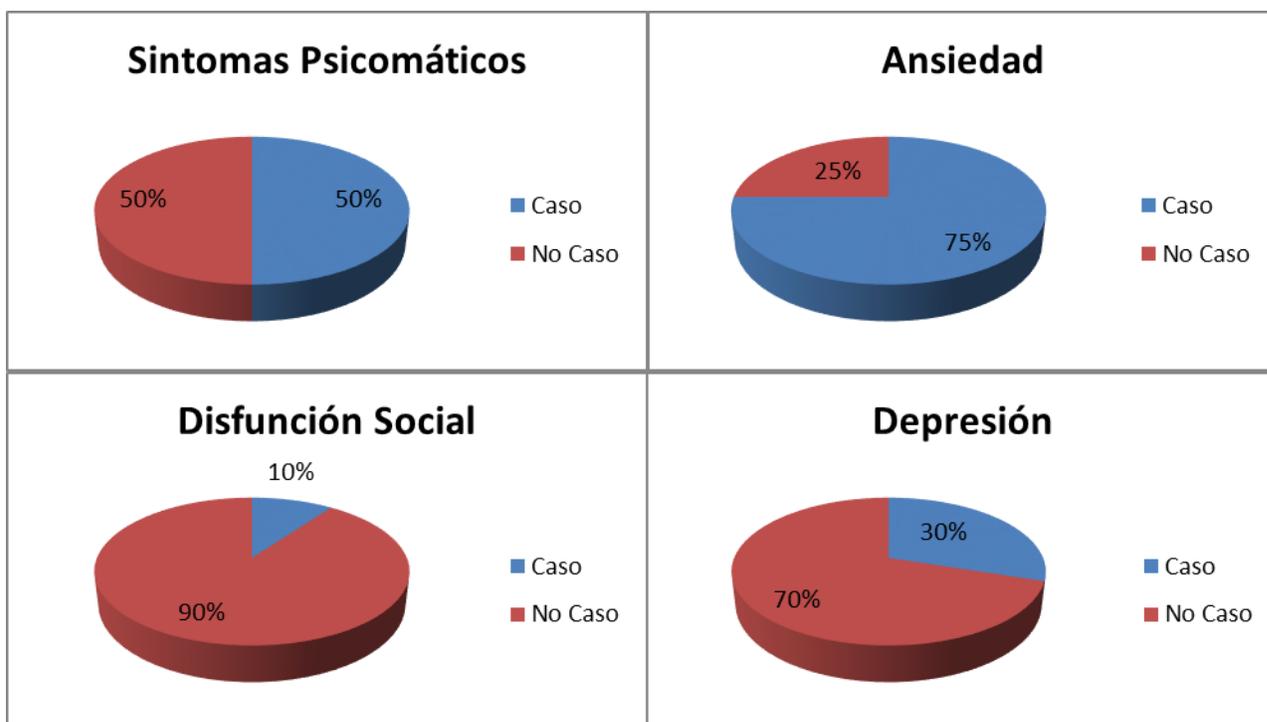
MEDICOS CON BURNOUT



Fuente: Cuestionario Salud General para "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja

Tabla N°5: Resumen Cuestionario de Salud General

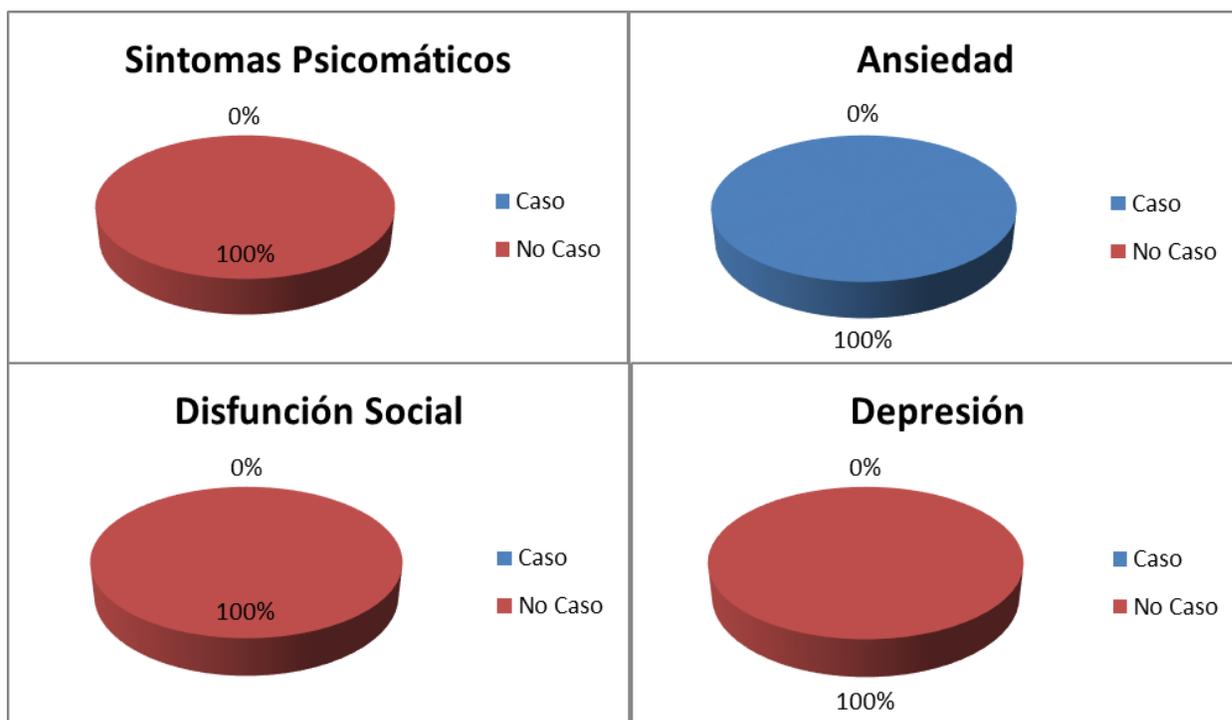
ENFERMERAS SIN BURNOUT



Fuente: Cuestionario Salud General para "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N°6: Resumen Cuestionario de Salud General

ENFERMERAS CON BURNOUT

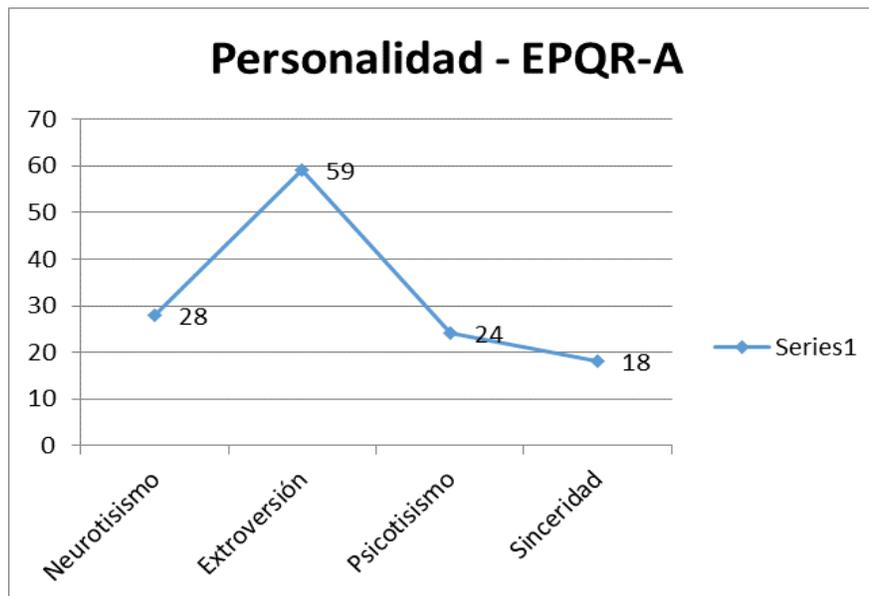


Fuente: Cuestionario Salud General para "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N°7: Resumen de Cuestionario de Personalidad EPQR-A

MEDICOS SIN BURNOUT

Personalidad -		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	28	21,7054264
Extroversión	59	46,7364341
Psicotisismo	24	18,6046512
Sinceridad	18	13,9534884
TOTAL	129	100

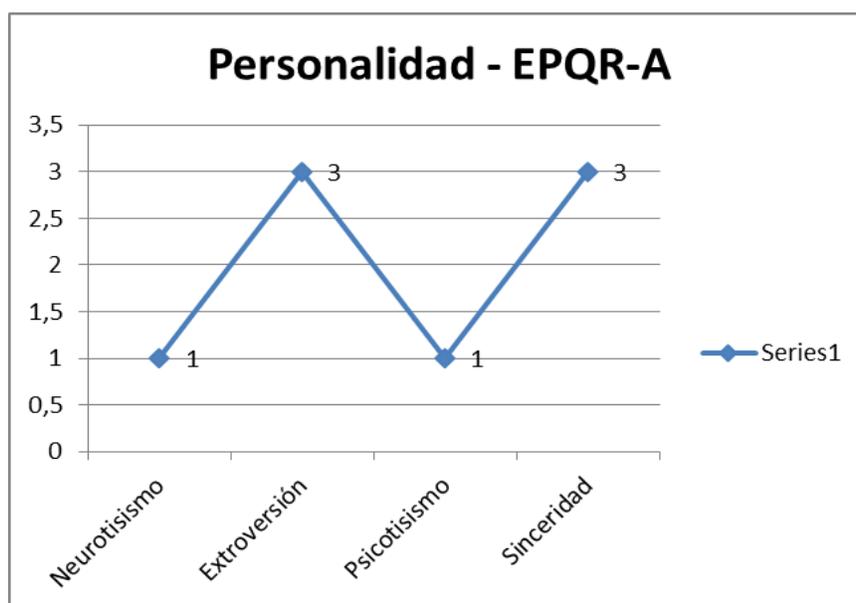


Fuente: Cuestionario de Personalidad para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito Loja"

Tabla N°8: Resumen de Cuestionario de Personalidad EPQR-A

MEDICOS CON BURNOUT

Personalidad -		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	1	12,5
Extroversión	3	37,5
Psicotisismo	1	12,5
Sinceridad	3	37,5
TOTAL	8	100

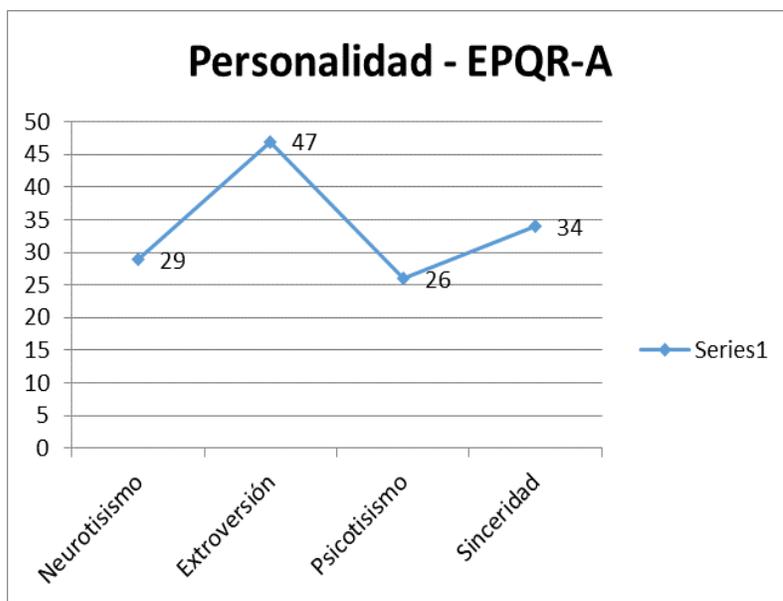


Fuente: Cuestionario de Personalidad para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N°9: Resumen de Cuestionario de Personalidad EPQR-A

ENFERMERAS SIN BURNOUT

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	29	21,3235294
Extroversión	47	34,5588235
Psicotisismo	26	19,1176471
Sinceridad	34	25.0000000
TOTAL	136	100

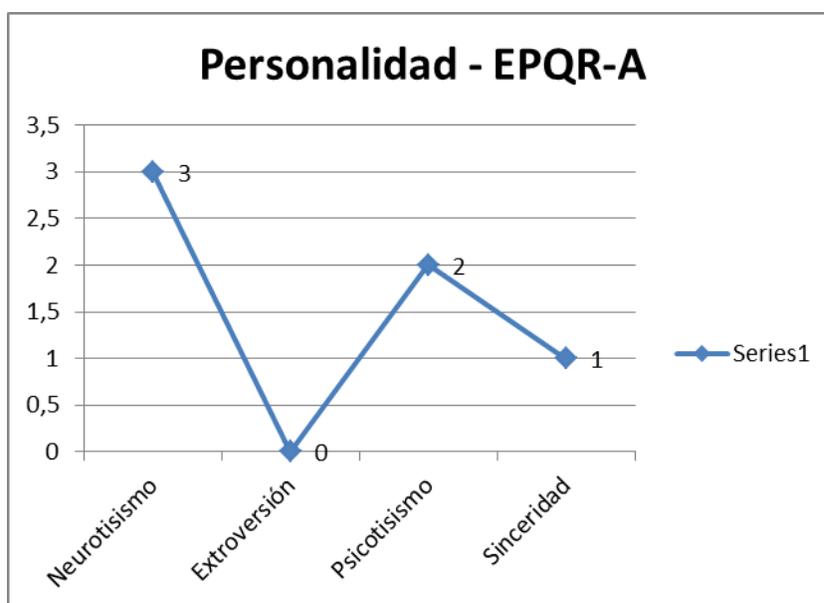


Fuente: Cuestionario de Personalidad para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N°10: Resumen de Cuestionario de Personalidad EPQR-A

ENFERMERAS CON BURNOUT

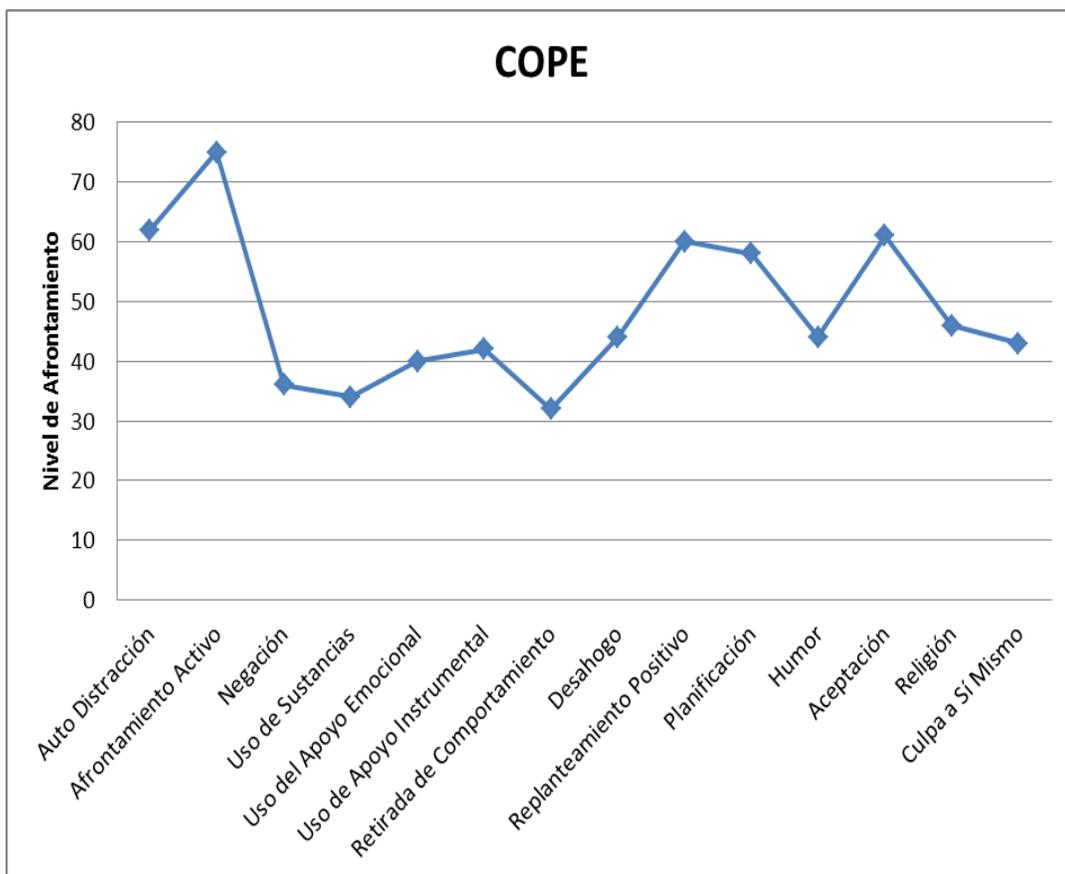
Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	3	50
Extroversión	0	0
Psicosisismo	2	33.3333333
Sinceridad	1	16.6666667
TOTAL	6	100



Fuente: Cuestionario de Personalidad para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N°11: Resumen Cuestionario de Afrontamiento

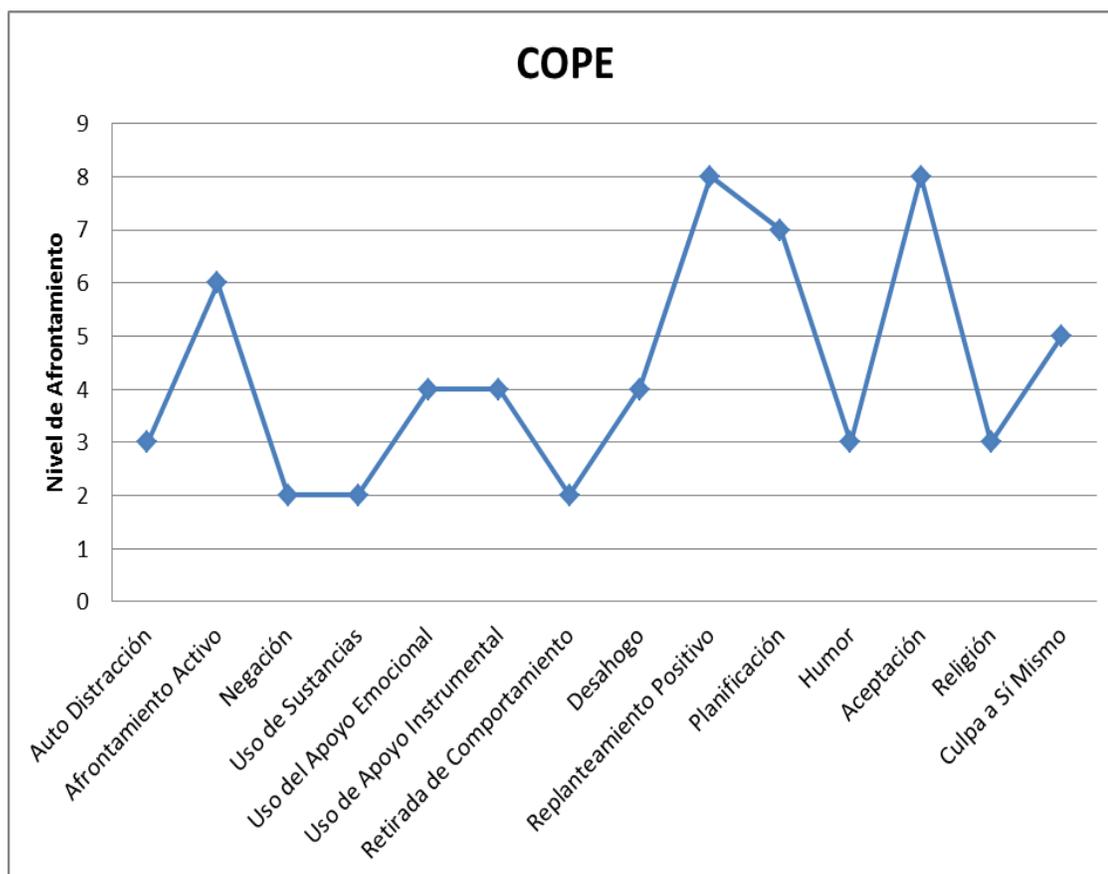
MEDICOS SIN BURNOUT



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N°12: Resumen Cuestionario de Afrontamiento

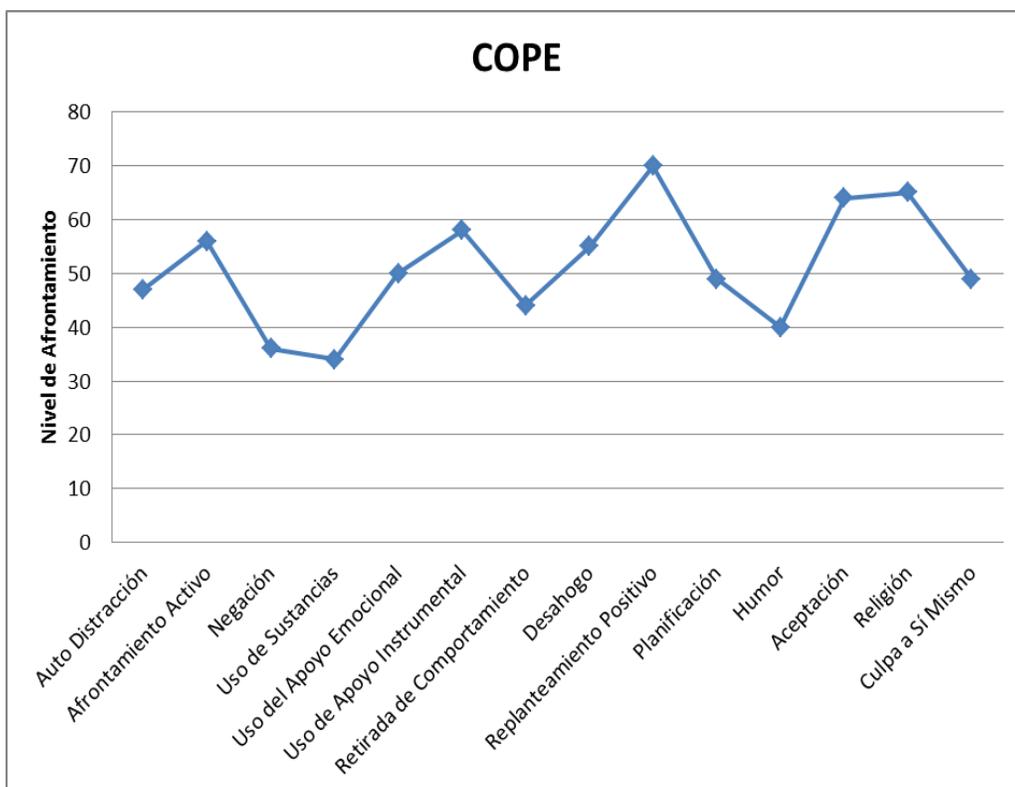
MEDICOS CON BURNOUT



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N° 13: Resumen Cuestionario de Afrontamiento

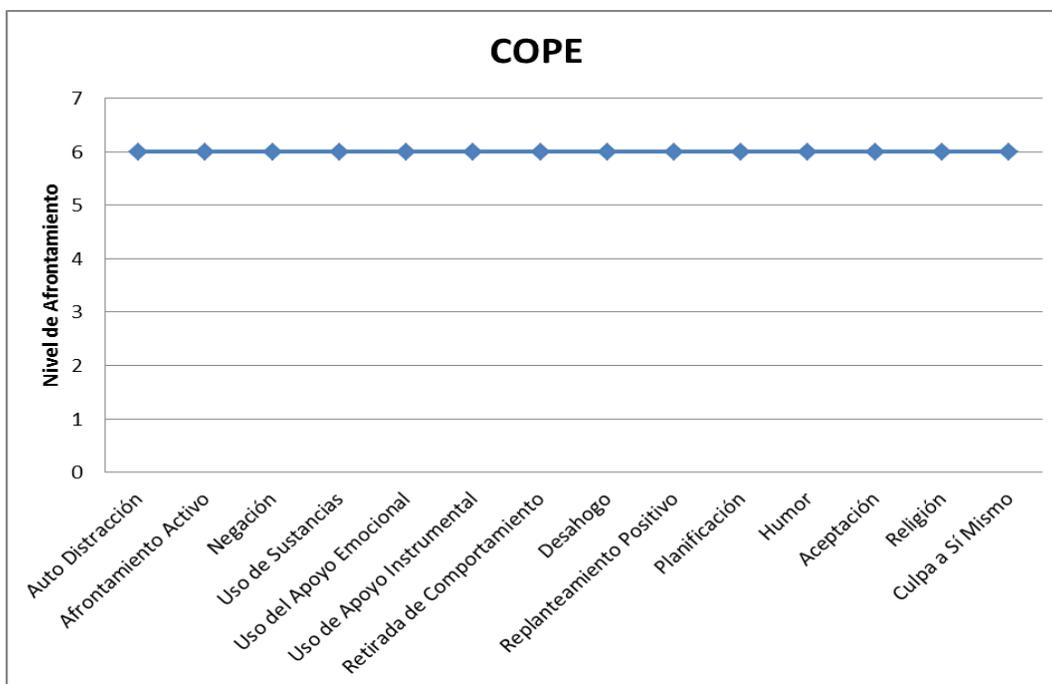
ENFERMERAS SIN BURNOUT



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales Públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N° 14: Resumen Cuestionario de Afrontamiento

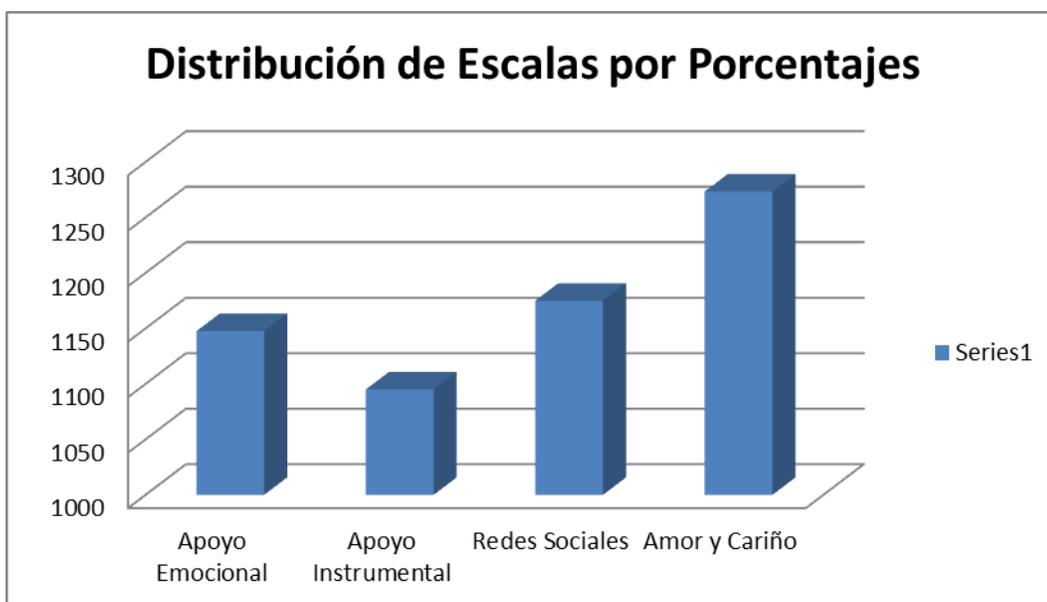
ENFERMERAS CON BURNOUT



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja"

Tabla N° 15: Resumen Cuestionario de Apoyo Social (AP)

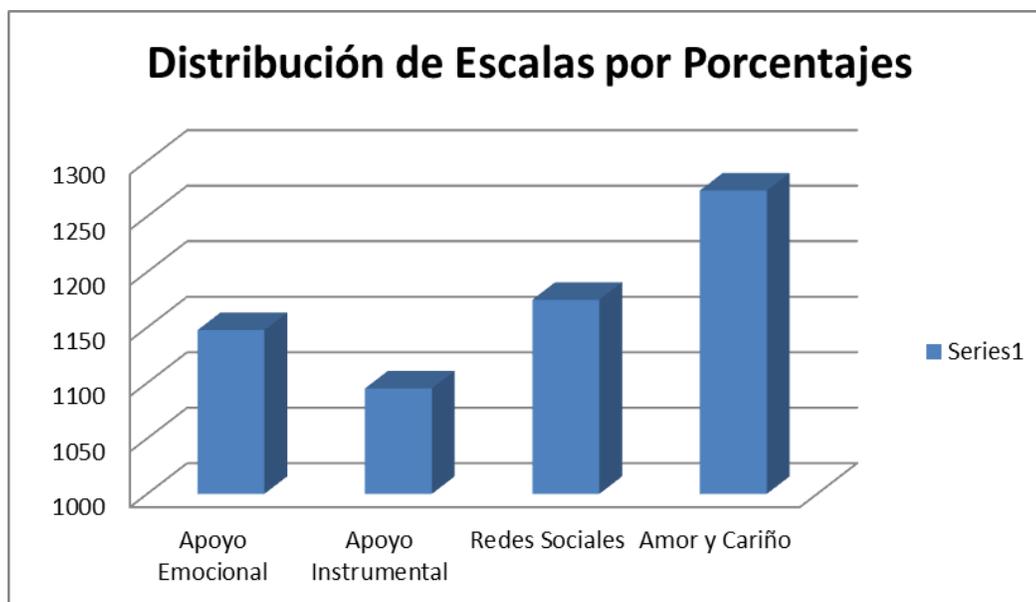
MEDICOS SIN BURNOUT



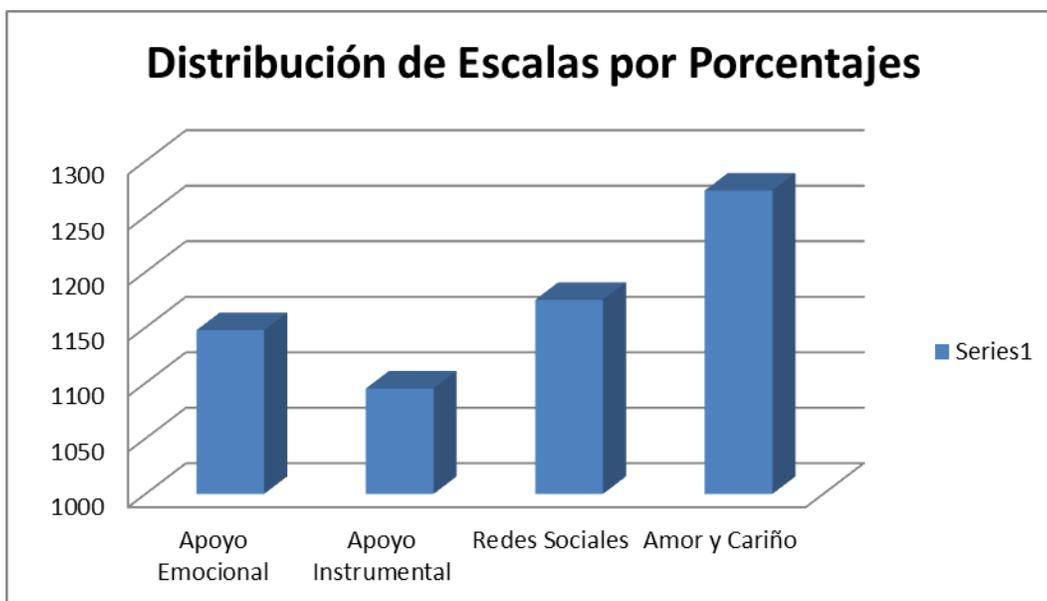
Fuente: Cuestionario de Apoyo Social para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja".

Tabla N° 16: Resumen Cuestionario de Apoyo Social (AP)

MEDICOS CON BURNOUT



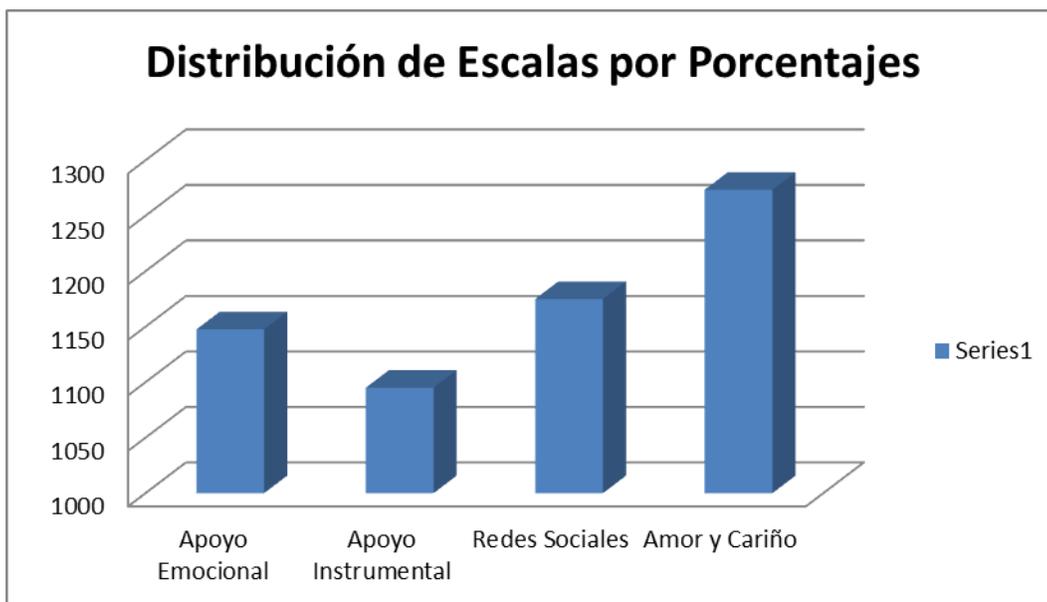
Fuente: Cuestionario de Apoyo Social para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja".

Tabla N° 17: Resumen de Cuestionario de Apoyo Social (AP)**ENFERMERAS SIN BURNOUT**

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja".

Tabla N° 18: Resumen de Cuestionario de Apoyo Social (AP)

ENFERMERAS CON BURNOUT



Fuente: Cuestionario de Apoyo Social para "Identificación de Burnout en profesionales de la salud relacionado con este fenómeno, en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja".

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Mediante la aplicación del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), y luego de realizar el análisis respectivo a 30 profesionales de la salud, se dio respuesta al objetivo general del presente trabajo investigativo, es decir la "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, realizado en hospitales públicos y privados de las ciudades de Quito y Loja".

De la muestra investigada se encontró que únicamente 2 profesionales de la salud (1 médico y 1 enfermera) presentaron el síndrome de Burnout, al obtener como resultados elevados niveles de agotamiento emocional y despersonalización; y bajos niveles de realización personal.

Los niveles de agotamiento emocional se relacionan con la preocupación, tensión y frustración que las actividades laborales les producen; la realización personal tiene que ver con el nivel de satisfacción obtenido hasta ese momento, y la despersonalización con la falta de actitudes positivas hacia los demás ya sean dentro del ámbito profesional o personal.

Con estos resultados, se ponen de manifiesto el Modelo de Golembiewski et al. (2003) y el Modelo de Leiter y Maslach (1988), quienes mencionaron que la dimensión del agotamiento emocional es la que más contribuye para que se desarrolle el Burnout, seguida de la despersonalización.

Adicionalmente, se puede observar que los niveles bajos de realización personal puede resultar un factor determinante para que se presente el síndrome de Burnout; ya que como lo demuestran los resultados, se manifiestan tanto en el médico como en la enfermera.

Respecto a las variables sociodemográficas de riesgo reflejadas en las Tablas N°1 y N°2, se evidencia que la presencia del síndrome de Burnout recae tanto sobre el sexo masculino como en el femenino; contraponiéndose a los estudios realizado por Porras, M (2010) y Ávila, J et al, (2010), al demostrar que la presencia del Burnout recae más en el sexo femenino.

Son profesionales de la salud de estado civil soltero quienes reflejaron ser los afectados con el síndrome de Burnout; contraponiéndose al estudio realizado por Ávila, J. et al. (2010), quien no encontró relación en el estado civil y el Burnout.

A pesar de no haber identificado estudios que reporten la correspondencia o no del sector de trabajo a donde pertenecen los involucrados (público o privado), se observa que el Síndrome de Burnout se presentó en profesionales que trabajan en el sector público.

Otro factor muy importante dentro de este estudio, es evidenciar que la edad del médico y la enfermera que presentaron Burnout es de 30 y 25 años respectivamente. En este caso se contrapone con Porras, M. (2010), quien asocia el paso de la edad con el desarrollo del Burnout; y a la lógica de la realidad, donde una persona joven no ve con tanto estrés las diversas situaciones que le presenta la vida.

Grau, A. et al. (2007), mencionó que una de las variables sociodemográficas protectoras para evitar el Burnout es tener hijos; factor que en esta investigación corrobora el estudio realizado; al evidenciarse que los profesionales investigados no poseen hijos. Adicionalmente, se contrapone con el estudio de Porras, M. (2010) quien atribuyó la relación del Burnout a la presencia de hijos. A pesar de que viven acompañados, no ha sido un factor lo suficientemente fuerte para reducir los niveles de agotamiento emocional.

Los profesionales identificados con Burnout no superan los 5 años de ejercicio laboral; lo cual se contrapone al estudio realizado por Porras, M. (2010) en el personal asistencial de la ruta crítica del Hospital Escuela Alemán Nicaragüense, en el que menciona que haber ejercido más de 20 años la profesión desencadenó el síndrome. Puede ser que los profesionales de la muestra investigada aún no se hayan acostumbrado al ritmo de trabajo que exige esta profesión; razón por la cual, dio pie a la presencia del síndrome.

En referencia a la satisfacción laboral, la población investigada que presentó Burnout expresa estar bastante satisfecha con su trabajo, por lo que se considera que esta variable es importante pero no lo suficiente para predecir un buen rendimiento laboral, tomando en cuenta que a una persona con agotamiento emocional, le será difícil comprometerse con su ámbito laboral. Lo mismo que sucedería con la variable de satisfacción con su economía; que al revelar datos de bastante satisfacción, el rendimiento de los profesionales no estaría a la par con su entrega y su remuneración.

En el estudio de Vargas, D y Viera, A. (2011) se habló de una significativa relación entre la depresión y el Burnout, al demostrar que los resultados de los trabajadores informaron altos síntomas depresivos; información que se relaciona con los resultados presentados en este estudio, donde los niveles de depresión de los profesionales identificados con Burnout son considerables.

En relación con el afrontamiento, Tello (2010) encontró que los tipos de afrontamiento más utilizados por los profesionales en su investigación son: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, planificación de actividades y afrontamiento enfocado al problema; lo cual se relaciona de alguna manera con los resultados de la muestra investigativa, ya que se observa que el replanteamiento positivo y la aceptación son los tipos de afrontamiento más utilizados por el médico; mientras que para la enfermera todas son importantes; no obstante, se observa que no fueron utilizados adecuadamente, corroborando el Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993); al mencionar que el estrés laboral inicia cuando las estrategias de afrontamiento del trabajador no resultan eficaces.

Según los resultados del estudio realizado por Avendaño, C. et al. (2009), el apoyo social tiene una estrecha relación con el desarrollo del Burnout, estos autores mencionan que mientras mayor sea el apoyo social que reciba el profesional de parte de los directivos de la institución y de sus compañeros, menor será su posibilidad de desarrollar niveles de agotamiento emocional. En el presente estudio investigativo, se ha podido identificar que el apoyo social que percibieron el médico y la enfermera con Burnout no alcanzó niveles importantes, lo cual afirma lo mencionado en la investigación antes citada.

La personalidad es un factor que determina las acciones de los individuos, al punto que el médico y la enfermera que presentaron Burnout, situaron a la extraversión, el neuroticismo y la sinceridad en niveles altos; resultados que se corresponden a los obtenidos en la investigación de Roth, E y Pino, B. (2010), quienes asociaron la extraversión y el neuroticismo con el agotamiento emocional. Este grupo de profesionales encaja dentro del tipo 6 de personalidades acorde a Don Riso y Russ Hudson, del Enneagram Institute (2009), que los califica como altamente ansiosos y estresados.

Por lo tanto, el escaso apoyo social, la falta de resultado en los tipos de afrontamiento utilizados, así como los altos niveles de extraversión y neuroticismo, contribuyeron a que el síndrome de Burnout se presente en el médico y la enfermera investigados.

Dentro del grupo de médicos y enfermeras sin Burnout, la investigación arrojó como resultado 14 médicos y 14 enfermeras con bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y altos niveles de realización personal; lo que, permite deducir que son profesionales de la salud que no presentan síntomas de padecer el mencionado síndrome.

Los altos niveles de realización personal que presentaron los profesionales sin Burnout, no es más que el reflejo del equilibrio existente entre su vida personal y laboral; al demostrar que es posible mantener la buena salud realizando actividades que demandan en ocasiones más esfuerzo que otras.

Al referirnos a las variables sociodemográficas, es importante mencionar que Ávila, J. et al, (2010), en su investigación a profesionales de la salud demostraron que el sexo femenino es más vulnerable al Burnout; estudio que se contrapone a esta muestra, al revelar que entre quienes no presentaron el síndrome el mayor porcentaje resultó ser de sexo femenino; el estado civil de esta muestra no parece tener relación con el desarrollo del Burnout; no importa ser el estado civil para no desarrollar el síndrome, en este caso se corresponde con el estudio realizado por Ávila, J. et al. (2010), quien no encontró relación en el estado civil y el Burnout. El factor de la edad se contrapone a lo que menciona Porras, M. (2010), quien asocia el paso de la edad con el desarrollo del Burnout; en virtud de que la edad promedio de los profesionales que no presentaron el síndrome es de 32.5 años. A pesar de que la muestra no cuenta con un considerable número de hijos, se puede atribuir a que este factor se corresponde a lo que menciona Grau, A. et al. (2007), al considerar que tener hijos es una variable protectora; y se contrapone con el estudio de Porras, M. (2010) quien atribuyó la relación del Burnout a la presencia de hijos.

A pesar de no haberse identificado estudios que reporten la correspondencia o no del sector de trabajo en donde prestan sus servicios los involucrados (público o privado); se observa que no presentaron Burnout profesionales que trabajan tanto en el sector público como privado.

Un factor muy importante que se debe considerar entre quienes no presentaron Burnout, es que viven acompañados; al parecer el amor y cariño que reciben de parte de sus seres queridos contribuye a los altos niveles de apoyo emocional que arrojaron los resultados. Sin embargo, no es determinante al observarse que los profesionales que si presentaron Burnout también viven acompañados.

La experiencia laboral de los profesionales que no presentaron Burnout es de 6 años, resultado que se contrapone al estudio realizado por Porras, M. (2010) al personal asistencial del Hospital

Escuela alemán Nicaragüense, al determinar que haber ejercido más de 20 años la profesión desencadenó el síndrome. Sin embargo, haciendo una relación con los profesionales que presentaron el síndrome, se observa que existen 3 años de diferencia; por lo que se podría decir que no se encuentra relación con los años de trayectoria laboral y el Burnout.

La satisfacción laboral entre los profesionales que no presentaron Burnout, tiene mucha relación con la definición que dio Locke (1976), al mencionar que es un estado emocional positivo de la percepción de las experiencias laborales. En este aspecto, sentirse bastante satisfecho con su trabajo es una variable protectora del Burnout.

Quevedo (2006), en su investigación encontró significativos niveles de depresión en profesionales del área de emergencia, estudio que se contrapone a los resultados obtenidos en esta muestra; al evidenciarse que 3 de los profesionales (enfermera) presentó este síntoma; al igual que la disfunción social, en donde 2 de ellos (1 médico y 1 enfermera) mostró esta característica.

Tello (2010), encontró que los tipos de afrontamiento más utilizados por los profesionales en su investigación son: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, planificación de actividades y afrontamiento enfocado al problema; resultados que se corresponden para los médicos que no presentaron Burnout; porque las enfermeras encontraron en el replanteamiento positivo su mejor forma de afrontamiento. No se puede catalogar de efectivos o ineficaces a los modos de hacer frente al estrés, porque se considera que son aspectos que tienen que ver con la personalidad y creencias de cada evaluado, lo que funciona para una persona no necesariamente debe resultar con otra.

Los resultados de la investigación, arrojan que los médicos y las enfermeras cuentan con un adecuado círculo de apoyo social, lo cual les permite reducir los niveles de estrés y lograr un mejor afrontamiento adaptativo; lo cual se corresponde con el estudio de Avendaño, C. et al. (2009), quienes señalan que mientras mayor sea el apoyo social que reciba el profesional de parte de los directivos de la institución y de sus compañeros, menor será su posibilidad de desarrollar niveles de agotamiento emocional.

Los profesionales que no presentaron Burnout, arrojan resultados con altos niveles de extraversión, factor que no se relaciona con el estudio de Roth, E y Pinto, B. (2010), quienes asociaron la extraversión y el neuroticismo con el agotamiento emocional.

CONCLUSIONES:

- Los resultados demostraron la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de Salud que prestan sus servicios en hospitales públicos de la ciudad de Quito.
- La investigación demostró que el factor determinante para la presencia del síndrome de Burnout es el alto nivel de agotamiento emocional y despersonalización, y el bajo nivel de realización personal.
- El género no juega un papel determinante en la manifestación del síndrome del Burnout; pues los resultados demostraron, que tanto hombres como mujeres son propensos a presentar el síndrome.
- El elevado índice de extroversión en los profesionales que no presentan Burnout, facilita el buen equilibrio en su entorno laboral, factor considerado como protector y condicionante en la posible aparición de este síndrome.
- El afrontamiento activo al parecer está relacionado con la no presencia del Burnout, pero los tipos de afrontamientos como la planificación, aceptación, religión y la auto distracción, sin duda son importantes; sin embargo, no evita que el profesional pueda desarrollar agotamiento emocional.
- Los tipos de afrontamiento utilizados por los profesionales en esta investigación, no demostraron ser eficaces para todos los casos.

RECOMENDACIONES

- Realizar evaluaciones constantes al personal y al ambiente de trabajo, con el fin de identificar sintomatología y factores que puedan desencadenar Burnout.
- Promover un ambiente adecuado de trabajo, una adecuada jornada de actividades y una justa carga laboral; con la finalidad de trabajar paralelamente entre empleado e institución en lo que se refiere a desarrollo de destrezas, y así evitar el agotamiento emocional.
- Implantar programas de promoción, que permitan mejorar el bienestar y la calidad de vida del personal médico.
- Asistir a hombres y mujeres en situaciones que podrían producir un estrés adicional al que le genera su ámbito laboral, con el fin de reducir su sobrecarga emocional.
- Promover tiempos de descanso utilizando métodos de relajación; que podría ser a través de terapia ocupacional, o la búsqueda de un proyecto personal.
- Motivar constantemente al personal médico por parte de sus superiores, para que realicen eficientemente las actividades en el sitio de trabajo.
- Elegir tipos de afrontamiento que permitan obtener resultados eficaces a través de un adecuado manejo de las situaciones estresantes que se presentan en sus jornadas laborales día a día.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso Fernández, F. (1997). *El estrés laboral*.
- Aranda, C., Pando, M., & Pérez, M. (2004). *Apoyo Social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout. Una revisión. Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana Xalapa México.
- Avendaño, C. (2009). *Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público*.
- Ávila, J. et al, (2010). *Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud*. Recuperado el 6 de mayo del 2013, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/801/80115648004.pdf>
- Canguilhem, G. (1982). *Normal o Patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York.
- Catell, R. (1980). *Personalidad*. New York: McGraw-Hill.
- Cerna, J. (2002). *Motivación por la primera experiencia laboral*.
- Cherniss, C. (1980). *El agotamiento del personal. Estrés en el trabajo en los servicios humanos en Beverly Hills*. California.
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Recuperado el 18 de agosto de 2013, de Psychosomatic Medicine: <http://www.psicothema.com/pdf/408/pdf>
- Dale, M. (1979). *Preventing worker Burnout in Child Welfare*. Child Welfare.
- Dubos, R. (1956). *Concepto Bimensional, definición de salud*.
- Edelwich, A. (1980). *Burnout, stages of disillusionment in the helping profession*. New York: Human Sciences Press.

- Endler, N., & Kocovski, N. (2001). *State and trait anxiety revisited*.
- Farber, B. (2000). *Comprender y tratar el Burnout en una cultura cambiante. Psicoterapia en la práctica*.
- Fredeunberger, H. (1974). *Staff Burnout Journal of social issues*.
- Freud, S. (1959). *Group psychology and the analysis of the ego*. Londres: Hogarth. En Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. (4ta. Ed.). Editorial Ultra, S.A. 387-390
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1959). *Asociación de patrón específico conducta manifiesta de sangre y los resultados cardiovasculares*.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Citado en Savio, S. (2008). *El síndrome del burnout: un proceso de estrés laboral crónico*. Recuperado el 28 de septiembre del 2012, de <http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08v1pp121138.pdf>
- Gil Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: Pirámide.
- Grau, A. et al. (2007). *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español*. Recuperado el 14 de julio del 2012, de <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>
- Grossman, M. (1972). *The Demand for the Health: a theoretical and empirical investigation*.
- Heller, & Swindle. (1983). *Social network, perceived social support and coping with stress*. Los Angeles.
- Homeier, B., Kaplan, J. & Porter, R. (2010). *Manual Merk de signos y síntomas del paciente*. (Versión de Google Books). Recuperado de <http://books.google.com.ec/books?id=9Yfv6baQap4C&pg=PA416&dq=el+insomnio>

es+2010&hl=es&sa=X&ei=1MAmTTVGNHwggfX9oD1CA&ved=0CEEQ6AEwAw#v=onepage&q=insomnio&f=false

- Hudson, R., & Don, R. (2009). *Instituto del Eneagrama*.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos (Spanish translation of Stress, appraisal and coping)*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lin, N., Dean, A., & Enseli, W. (1981) Social Support Scales. A Methodological Note).
- Locke, E. (1976). *The nature and causes of job satisfaction, en Dunnette, MD*. Chicago: Rand McNally.
- Martínez, A. (2003). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*.
- Maslach, C. (1982). *El costo de la atención*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (1997). *La verdad sobre el Burnout. Primera Edición*.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory (2° Ed)*. Palo Alto: Psychologist Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2, 99-113.
- Maslach, C. (2009). *Comprendiendo el burnout. Ciencia & Trabajo*, 32, 37-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina37.pdf>
- Maslow, A. (1968/1979). *El hombre autorealizado*. Barcelona: Kairós.
- Menninger, K. (1963). *El equilibrio vital: El proceso de la vida en la salud mental y la enfermedad*.

- Mushkin, S. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy* N° 2, 129-157.
- (OMS), O. M. (1992). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. *División de Salud Mental*, 63-84.
- Palate, C. (2011). *Proyecto de Investigación: Síndrome de Burnout en la Universidad Técnica de Ambato*. Ambato-Ecuador.
- Pines, A., & Krafy, D. (1978). *Doping with Burnout*. Toronto.
- Porras, A. (2010). *Síndrome de burnout en personal asistencial de la ruta crítica del Hospital Escuela Alemán Nicaragüense de enero a febrero del 2010*. Recuperado el 12 de enero del 2013, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=592868&indexSearch=ID>
- Quaas, C. (2006). Psicoperspectivas. *Revista de la Escuela de Psicología. Facultad de Filosofía y Educación*, Volumen V.
- Quevedo, I. (2006). *Síndrome de Burnout y calidad de la atención en el área de emergencia del hospital regional Dr. Teodoro Maldonado Carbo*. Guayaquil.
- Rodríguez, J. (1995). Psicología social de la salud. Citado en Castaño, I. et al. (2006). Asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna, 68 el reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el reporte de los pacientes. Recuperado el 12 de enero del 2014, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a10.pdf>
- Roth, E., & Pinto, B. (2010). *Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en enfermería de la ciudad de la Paz*. La Paz.
- Rotter, J. (1966). *Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement*.

- Tello, J. (2010). *Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Recuperado el 25 de febrero del 2013, de http://200.62.146.31/sisbib/2010/tello_bj/pdf/tello_bj.pdf
- Vargas, D y Viera, A. (2011). *Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de Sao Paulo*. Recuperado el 20 de febrero del 2013, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_08.pdf

ANEXOS



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

Cuestionario Socio demográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a

Enfermera/o 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 Quirúrgico Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos O tros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros _____ ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

**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.							

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 como 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>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>I-¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 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>

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

Cuestionario BRIEFCOPE

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/BUCEM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

**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.					

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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